指定介護保険事業者のための

運営の手引き

通所リハビリテーション／
介護予防通所リハビリテーション

神奈川県　高齢福祉課

介護保険制度は、更新や新しい解釈が出ることが大変多い制度です。この手引きは作成時点でまとめていますが、今後変更も予想されますので、常に最新情報を入手するようにしてください。

神奈川県独自の「認知症の人と家族を支えるマーク」ができました

✣コンセプト

- **『パズルのピース』**…認知症の人の記憶が欠けてしまうこと、認知症を支える人たちが、認知症の人が感じやすい不安や疎外感を埋めるピースとなることを表現
- **『ハ　ー　ト』**…『あたたかい心づかいを』という意味
- **『　N　』**…認知症の頭文字

※このマークは、学校法人岩崎学園との包括協定により、横浜デジタルアーツ専門学校の学生がデザインしたものです

令和８年７月版

・目　次

項目	頁
Ⅰ　基準の性格等	1
Ⅱ　サービスの提供の方法について	4
1　基本方針	4
2　単位についての考え方	4
3　通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの一体的運営	5
Ⅲ　人員基準について	7
1　基本的な基準	7
（1）　医師	7
（2）　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員	7
2　診療所の緩和基準	8
（1）　医師	8
（2）　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員	9
（3）　共生型自立訓練又は基準該当自立訓練を併せて行う際の取扱い	10
（4）　用語の定義	11
Ⅳ　設備基準について	14
（1）　設備等	14
Ⅴ　運営基準について	17
1　サービス開始の前に	17
（1）　内容及び手続きの説明及び同意	17
（2）　提供拒否の禁止	18
（3）　サービス提供困難時の対応	18
（4）　受給資格等の確認	18
（5）　要介護（要支援）認定の申請に係る援助	18
2　サービス開始に当たって	19
（1）　心身の状況等の把握	19
（2）　居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）等との連携	19
（3）　居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に沿ったサービスの提供	19
（4）　居宅サービス計画（介護予防サービス計画）等の変更の援助	19
（5）　基本取扱方針	20
（6）　具体的取扱方針	20
（7）　通所リハビリテーション計画の作成	24

項目	頁
（８） 介護予防通所リハビリテーション計画とモニタリング	26
３ サービス提供時	30
（１） サービス提供の記録	30
（２） 利用料等の受領	30
（３） 保険給付請求のための証明書の交付	34
（４） 利用者に関する市町村への通知	35
（５） 緊急時等の対応	35
４ 事業運営	35
（１） 管理者の責務	35
（２） 運営規程	36
（３） 勤務体制の確保等	37
（４） 業務継続計画の策定等	41
（５） 定員の厳守	42
（６） 非常災害対策	42
（７） 衛生管理等	43
（８） 掲示	44
（９） 秘密保持等	45
(10) 居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止	46
(11) 苦情処理等	46
(12) 市町村が実施する事業への協力等	48
(13) 事故発生時の対応	48
(14) 虐待の防止	49
(15) 会計の区分	51
(16) 記録の整備	52
Ⅵ 介護報酬請求上の注意点について	53
１ 通所リハビリテーション	54
（１） 事業所規模による通所リハビリテーション費	54
（２） 所要時間について	59
（３） 他のサービスとの関係	63
（４） 指定通所リハビリテーションの提供について	64
２ 介護予防通所リハビリテーション	65
（１） 定額制	65
（２） 複数の介護予防通所リハビリテーション事業所の利用不可	69
３ 加算・減算	70

項目	頁
（１） 定員超過による減算	70
（２） 職員の人員欠如による減算	73
（３） 高齢者虐待防止措置未実施減算	75
（４） 業務継続計画未策定減算	77
（５） 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応（３％加算）	79
（６） 理学療法士等体制強化加算	82
（７） 時間延長サービス加算	82
（８） リハビリテーション体制強化加算	84
（９） 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	85
(10) 入浴介助加算	85
(11) リハビリテーションマネジメント加算	90
(12) 短期集中個別リハビリテーション実施加算	99
(13) 認知症短期集中リハビリテーション実施加算	100
(14) 生活行為向上リハビリテーション実施加算	103
(15) 若年性認知症利用者受入加算	106
(16) 栄養アセスメント加算	107
(17) 栄養改善加算	109
(18) 口腔・栄養スクリーニング加算	112
(19) 口腔機能向上加算	114
(20) 重度療養管理加算	117
(21) 中重度者ケア体制加算	119
(22) 科学的介護推進体制加算	120
(23) 事業所と利用者の住居が同一建物に所在する場合の減算	123
(24) 送迎未実施減算	124
(25) 退院時共同指導加算	127
(26) 移行支援加算	127
(27) サービス提供体制強化加算	129
(28) 介護予防通所リハビリテーションの 12 月を超える減算	132
(29) 一体的サービス提供加算	134
(30) 介護職員等処遇改善加算	135
(31) 記録の整備について	140
４ 医療保険との調整	140
［資料］ 個人情報保護について	145

項目		頁
［資料］	災害時情報共有システムについて	146
［資料］	ＬＩＦＥの運営主体の移管に伴い事業所・施設で必要となる対応について	150
［資料］	勤務形態一覧表の作成方法・常勤換算の算出方法	152

Ⅰ　基準の性格等

基準条例の制定

●　従前、指定居宅サービス及び指定介護予防サービスの事業の人員、設備、運営等に関する基準等については、厚生省令及び厚生労働省令により全国一律の基準等が定められていましたが、「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（平成23年法律第37号。いわゆる「第１次一括法」）及び「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、「介護保険法」が改正され、各地方自治体において、当該基準等を条例で定めることとなり、神奈川県では、次のとおり当該基準等を定める条例を制定しました。

●　県内（指定都市及び中核市を除く。）に所在する指定居宅サービス事業者及び指定介護予防サービス事業者は、条例の施行日である平成25年４月１日から、条例に定められた基準等に従った事業運営を行わなければなりません。

●　令和６年度介護報酬改定に伴い、各基準条例・基準条例施行規則・解釈通知は改正されています。令和６年６月１日以降は、改正後の基準条例等の規定に従って、適正に事業を実施しなければなりません。

【指定通所リハビリテーションに関する基準】
- ○　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例
  （平成25年神奈川県条例第20号。以下「居宅条例」という。）
- ○　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則
  （平成25年神奈川県規則第30号。）

【指定介護予防通所リハビリテーションに関する基準】
- ○　指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営等に関する基準等を定める条例
  （平成25年神奈川県条例第21号。以下「予防条例」という。）
- ○　指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則
  （平成25年神奈川県規則第31号。）

【指定通所リハビリテーションに関する基準及び指定介護予防通所リハビリテーションに関する基準の解釈通知について】
- ○　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例等及び指定介護予防サービス等の人員、設備運営等に関する基準等を定める条例等について（以下「解釈通知」という。）

（参考）令和６年６月改正後の居宅条例等の掲載場所
- ○　介護情報サービスかながわ（https://kaigo.rakuraku.or.jp/）
  →文書/カテゴリ検索
  →７．条例・解釈通知等

●　国の基準・留意事項(本文中では基本的に居宅サービスのみ引用しています。)

○サービスに関する基準　：　指定居宅サービス等および指定介護予防サービス等に関する基準について（平成11年9月17日厚生省老人保健福祉局企画課長通知）　【老企25】

○費用の額の算定に関する基準：指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)【厚告19】　※介護予防サービスは【厚告127】

○留意事項　：　指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年３月１日老企第36号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）【老企36】※介護予防サービスは【老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001】

基準の性格（解釈通知（第１））

◎　基準は、指定居宅サービスの事業がその目的を達成するために必要な最低限度の基準を定めたものであり、指定居宅サービス事業者は、常に基準に従い、適正な運営をするよう努めなければなりません。

●　指定居宅サービスの事業を行う者又は行おうとする者が満たすべき基準等を満たさない場合には、指定居宅サービスの指定又は更新は受けられず、また、基準に違反することが明らかになった場合には、

①　相当の期間を定めて基準を遵守するよう勧告を行い、

②　相当の期間内に勧告に従わなかったときは、事業者名、勧告に至った経緯、当該勧告に対する対応等を公表し、

③　正当な理由が無く、当該勧告に係る措置を採らなかったときは、相当の期限を定めて当該勧告に係る措置を採るよう命令することができるものとされています。（③の命令をした場合には事業者名、命令に至った経緯等を公示しなければなりません。）

なお、③の命令に従わない場合には、当該指定を取り消すこと、又は取消しを行う前に相当の期間を定めて指定の全部若しくは一部の効力を停止すること（不適正なサービスが行われていることが判明した場合、当該サービスに関する介護報酬の請求を停止させること）ができるものとされております。

●　ただし、次に掲げる場合には、基準に従った適正な運営ができなくなったものとして、直ちに指定を取り消すこと又は指定の全部若しくは一部の効力を停止することができるものとされております。

①　次に掲げるとき、その他事業者が自己の利益を図るために基準に違反したとき

イ　指定居宅サービスの提供に際して利用者が負担すべき額の支払を適正に受けなかったとき

ロ　居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの代償として、金品、その他財産上の利益を供与したとき

②　利用者の生命又は身体の安全に危害を及ぼすおそれがあるとき

③　その他①及び②に準ずる重大かつ明白な基準違反があったとき

○　運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準に従って事業の運営をすることができなくなったことを理由として指定が取り消され、法に定める期間の経過後に再度当該事業者から当該事業所について指定の申請がなされた場合には、当該事業者が運営に関する基準及び介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を遵守することを確保することに特段の注意が必要であり、その改善状況等が確認されない限り指定を行わないものとする、とされています。

○　**特に、居宅サービスの事業の多くの分野においては、基準に合致することを前提に自由に事業への参入を認めていること等にかんがみ、基準違反に対しては、厳正に対応すべきであるとされています。**

指定居宅サービスの事業の一般原則（居宅条例第４条）

◎　指定居宅サービス事業者は、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めなければなりません。
◎　指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスの事業を運営するに当たっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の居宅サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めなければなりません。
◎　指定居宅サービス事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければなりません。
◎　指定居宅サービス事業者は、指定居宅サービスを提供するに当たっては、法第118条の２第１項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければなりません。

※　介護保険等関連情報等を活用し、事業所単位でＰＤＣＡサイクルを構築・推進することにより、提供するサービスの質の向上に努めなければならないということです。この場合「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ：Long-term care Information system For Evidence）」に情報を提出し、当該情報及びフィードバック情報を活用することが望ましいものとします。

※令和８年４月から介護情報基盤の稼働が開始したことに伴い、**ＬＩＦＥについては、令和８年５月11 日から公益社団法人国民健康保険中央会において運用されることとなりました。**
（関連）［資料］「**ＬＩＦＥの**運営主体の移管に伴い事業所・施設で必要となる対応について」参照

Ⅱ　サービスの提供の方法について

1　基本方針について（居宅条例第136条）（予防条例第117条）

（1）　通所リハビリテーションの基本方針（居宅条例第136条）

指定居宅サービスに該当する通所リハビリテーションの事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう**生活機能の維持又は向上を目指し**、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持向上を図るものでなければならない。

（2）　介護予防通所リハビリテーションの基本方針（予防条例第117条）

指定介護予防サービスに該当する介護予防通所リハビリテーション（以下「指定介護予防通所リハビリテーション」という。）の事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活の機能の維持又は向上を目指すものでなければならない。

2　単位についての考え方（解釈通知第３Ⅶ１イ）

◆単位とは

指定通所リハビリテーションの「単位」とは、通所リハビリテーションの提供が同時に一体的に行われるものをいいます。

例えば、次のような場合は、２単位として扱われます。

①　同時に一定の距離を置いた２つの場所で行われ、これらのサービスが一体的に行われているとは言えない場合

②　午前と午後で別の利用者に対して提供する場合

◆従業者の配置

単位ごとに必要な従業者を確保し、配置しなくてはなりません。

◆減算との関係

通所リハビリテーションの報酬の定員超過減算、職員の人員欠如減算は、単位ごとに判断するため､単位ごとに、利用者の数・配置した職員について記録することが必要です。

→　「２単位」としていても、

①　単位ごとに利用者グループが分かれていない

②　従業者が一体的にサービス提供を行っている（単位ごとに配置されていない）

場合には、２単位としては認められず、１単位として扱われることになります。

【指導事例】

１単位目　利用定員10人

２単位目　利用定員10人　　の２単位で指定を受けていたが、

実態として、

・明確に単位ごとに利用者グループが分かれていなかった。

・従業者も単位ごとに固定されておらず、利用者20人を従業者全員で介護していた。

・サービスの提供内容も１単位目の利用者と２単位目の利用者が同じ時間帯に一緒にリハビリテーションを行うなど一体的にサービスが提供されていた。

→　１単位・利用定員20人のサービス提供と考えられます。
→　単位数の増減や定員変更の場合、変更届が必要となります。

３　通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの一体的運営

（１）　人員基準・設備基準（居宅条例第137条、138条　予防条例第118条、119条）

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションは、同一の事業所において一体的に運営されている場合には、

① 設備・備品は共通で使用することができます。
② 面積要件の算定については、通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを合計した利用定員に応じた面積の確保が必要となります。
③ 職員の人員配置については、通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの利用者を合計した数に応じて必要な人員が配置される必要があります。

【注意】

なお、居宅サービスと介護予防サービスを同一の拠点において運営されている場合であっても完全に体制を分離して行われており一体的に運営されているとは評価されない場合にあっては、人員についても設備、備品についてもそれぞれが独立して基準を満たす必要があります。（解釈通知第２の３）

（２）　運営の方法

① 定員

一体的に行う事業所は、要介護者と要支援者の合計で定員を定めます。

② 共通サービス（日常生活の支援等）

サービス提供を物理的に分ける必要はありません。

③ 加算に係るサービス、選択的サービス

原則として物理的に区分してサービスを提供すること。ただし、同時かつ一体的に行うとしても、特段の支障がないものについては、必ずしも物理的に区分する必要はありません。

【ポイント】

【平成18年４月改定関係Q&A(vol.１)（平成18年３月22日）】

（問９）　介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。

（回答）　介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。

（問14）　予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては物理的（空間的・時間的）にグループを分けて行う必要があるのか。

（回答）　通所系サービスは、ケアマネジメントにおいて、利用者一人一人の心身の状況やニーズ等を勘案して作成されるケアプランに基づき、いずれにしても個別的なサービス提供が念頭に置かれているものであり、したがって、予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの指定を併せて受ける場合についても個別のニーズ等を考慮する必要がある。　具体的には、指定基準上、サービスが一体的に提供されている場合には、指定基準上のサービス提供単位を分ける必要はないこととしているところであるが、両者のサービス内容を明確化する観点から、サービス提供に当たっては、非効率とならない範囲で一定の区分を設ける必要があると考えており、具体的には、以下のとおりの取扱いとする。

① 日常生活上の支援（世話）等の共通サービス（入浴サービスを含む。）については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。

② 選択的サービス（介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス）については、要支

援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。

ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。

③（③については、18.10.10厚労省老人保健課ＴＥＬ確認の上修正）なお、介護予防通所介護におけるアクティビティについては、要支援者に対する場合と要介護者に対する場合とで内容を区分する必要はあるが、必ずしも物理的に区分して提供しなければならないものではない。（必ずしも部屋を分ける等する必要はないが、サービス内容は異なるのでその意味では区分する。時間帯、場所まで区分することはない。

Ⅲ　人員基準について

1　基本的な基準　（居宅条例第 137 条、予防条例第 118 条）

※診療所は下の２の基準に従うことができます

（1）　医　　師

指定通所リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な１以上の数

【解釈通知（第３Ⅶ１（１）ア）】

（ア）　専任の常勤医師が１人以上勤務していること。

（イ）　指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限ります。）と併設されているものについては、当該病院又は診療所の常勤医師との兼務で差し支えありません。

（ウ）　指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、当該老人保健施設又は当該介護医療院に常勤医師として勤務している場合には、常勤の要件として足りるものです。

　また、指定通所リハビリテーションを行う介護老人保健施設又は介護医療院であって、病院又は診療所（医師について介護老人保健施設又は介護医療院の人員基準を満たす余力がある場合に限る。）と併設されている事業所において指定通所リハビリテーション事業所の医師が、当該病院又は当該診療所の常勤医師と兼務している場合でも、常勤の要件として足りるものです。

（エ）　指定通所リハビリテーション事業所のみなし指定を受けた介護老人保健施設又は介護医療院においては、当該介護老人保健施設又は当該介護医療院の医師の配置基準を満たすことをもって、通所リハビリテーション事業所の医師の常勤配置に係る基準を満たしているものとみなすことができることとします。

（2）　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（看護師・准看護師）、介護職員

ア及びイの基準を満たすために必要と認められる数

ア　指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者の数が10人以下の場合にあってはその提供を行う時間帯（以下この条において「提供時間帯」という。）を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員の数が１以上、利用者の数が10人を超える場合にあっては提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

イ　アに規定する人員のうち専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100又はその端数を増すごとに１以上確保されていること。

【解釈通知（第３Ⅶ１（１）イ）】

（ア）　指定通所リハビリテーションの単位とは、同時に、一体的に提供される指定通所リハビリテーションをいうものであることから、例えば、次のような場合は、２単位として扱われ、それぞれの単位ごとに必要な従業者を確保する必要があります。

　a　指定通所リハビリテーションが同時に一定の距離を置いた二つの場所で行われ、これらのサービス提供が一体的に行われているとはいえない場合

　b　午前と午後とで別の利用者に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合

（イ）　７時間以上８時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う場合にあっては、事業所の実情に応じて、適当数の従業者を配置するものとします。

（ウ）　提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる従業者を確保するとは、指定通所リハビリテーションの単位ごとに理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士、看護職員若しくは介護職員について、提供時間帯に当該職種の従業者が常に居宅条例上求められる数以上確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものです（例えば、提供時間帯を通じて専従する従業者が２人必要である場合、提供時間帯の２分の１

ずつの時間専従する従業者の場合は、その員数としては４人が必要となります。)。

また、専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに１以上確保するとは、指定通所リハビリテーションのうち、リハビリテーションを提供する時間帯に、当該職種の従事者が常に確保されるよう必要な配置を行うよう定めたものであり、所要時間１時間から２時間の指定通所リハビリテーションを行う場合であって、定期的に適切な研修を修了している看護師、准看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ師がリハビリテーションを提供する場合は、これらの者を当該単位におけるリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等として計算することができます。この場合における「研修」とは、運動器リハビリテーションに関する理論、評価法等に関する基本的内容を含む研修会であって、関係学会等により開催されているものを指します。具体的には、日本運動器リハビリテーション学会の行う運動器リハビリテーションセラピスト研修、全国病院理学療法協会の行う運動療法機能訓練技能講習会が該当します。

(エ)　なお、ここでいう利用者の数又は利用定員は、単位ごとの指定通所リハビリテーションについての利用者の数又は利用定員をいうものであり、利用者の数の実人員、利用定員は、あらかじめ定めた利用者の数の上限をいうものです。従って、例えば、１日のうちの午前の提供時間帯の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供し、午後の提供時間帯に別の利用者10人に対して指定通所リハビリテーションを提供する場合であって、それぞれの指定通所リハビリテーションの定員が10人である場合には、当該事業所の利用定員は10人、必要となる従業員の員数は午前午後それぞれ１人ということとなり、人員算定上午前の利用者の数と午後の利用者の数が合算されるものではありません。

(オ)　同一事業所で複数の単位の指定通所リハビリテーションを同時に行う場合には、同時に行われる単位の数の常勤の従業員が必要となるものです（居宅条例第137条第１項・第２項関係）。

(カ)　従業者１人が１日に行うことのできる指定通所リハビリテーションは２単位までとすること。ただし、１時間から２時間までの指定通所リハビリテーションについては0.5単位として扱います。

【ポイント】

・　（1）と（2）の両方を満たさなくてはなりません。
・　専門職はサービス提供日ごとに配置するようにしてください。
・　上記人員基準は、最低限の基準です。実際のサービス提供に当たっては、個別リハビリテーション実施加算等の加算算定その他も勘案し、必要な人員の配置を行ってください。
・　保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は介護保険、医療保険両方のリハビリテーションに従事することができます。

ただし、「医療保険のリハビリテーション」に従事している時間は、人員基準の「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに１以上確保されていること。」と、リハビリテーション提供体制加算の算定要件の人員に含めることはできません。

注３　人員欠如については、減算しなくてはならない場合があります。
減算については、Ⅵ「介護報酬請求上の注意点について」で確認してください。

２　診療所の緩和基準(居宅条例第137条第１項・第２項、予防条例第118条第１項・第２項)

（1）　医　　師

指定通所リハビリテーションの提供に当たらせるために必要な１以上の数

○　利用者の数が同時に10人を超える場合
　１（１）と同様である

○　利用者の数が同時に10人以下の場合

【解釈通知（第３Ⅶ１（２）ア）】

(イ)　利用者の数が同時に10人以下の場合にあっては、次に掲げる要件に適合していること。

a　専任の医師が１人勤務していること。
b　利用者数は、専任の医師１人に対し１日48人以内であること。

（２）　理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（看護師・准看護師）、介護職員

①　指定通所リハビリテーションの単位ごとに、利用者の数が10人以下の場合にあっては提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が１以上、利用者の数が10人を超える場合にあっては提供時間帯を通じて専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護職員若しくは介護職員が利用者の数を10で除した数以上確保されていること。

②　前号に規定する人員のうち専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は通所リハビリテーション若しくはこれに類するサービスに１年以上従事した経験を有する看護師が、常勤換算方法で、0.1以上確保されていること。

【解釈通知（第３Ⅶ１（２）イ）】

イ　理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は看護師、准看護師若しくは介護職員（以下「従事者」といいます。）（第２号）

（ア）　単位数に関する取扱い及び所要時間１時間から２時間の通所リハビリテーションを行う場合の考え方については、指定通所リハビリテーション事業所が診療所以外である場合と同様であるので、１(1)イを参考とすることとします。

（イ）　経験を有する看護師とは、診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等又は「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に定める通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定通所リハビリテーション事業所、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第127号）に定める介護予防通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所、「厚生労働大臣が定める特定診療費及び特別診療費に係る指導管理等及び単位数」（平成12年厚生省告示第30号）に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設において、それらに１年以上従事した者であること。

【ポイント】

・（１）と（２）の両方を満たさなくてはなりません。
・　専門職は、サービス提供日ごとに配置するように努めてください。

注１　上記人員基準は、最低限の基準です。実際のサービス提供に当たっては、加算算定等も勘案し、必要な人員の配置を行ってください。

注２　保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションが同じ訓練室で実施されている場合に限り、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は介護保険、医療保険両方のリハビリテーションに従事することができます。

ただし、「医療保険のリハビリテーション」に従事している時間は、人員基準の「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が100人又はその端数を増すごとに１以上確保されていること。」と、リハビリテーション提供体制加算の算定要件の人員に含めることはできません。

注３　人員欠如については、減算しなくてはならない場合があります。
減算については、Ⅵ「介護報酬請求上の注意点について」で確認してください。

3 共生型自立訓練又は基準該当自立訓練を併せて行う際の取扱い

【解釈通知（第３Ⅶ１（３））】

共生型サービス又は基準該当サービスとして障害福祉サービスにおける機能訓練（自立訓練）を行う場合においては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び関係規定に基づき適切に実施する必要があります。

なお、人員基準を満たすにあたっては、通所リハビリテーションの利用者数に、障害福祉サービスの利用者数を合算することとし、利用者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合において、従事者が双方のサービスに従事することは差し支えありません。

【国Ｑ＆Ａ】

○医師について

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.２）（令和３年３月23日）】

（問27）　医師の勤務時間の取扱いについて、併設の通所リハビリテーション事業所等のリハビリテーション会議に参加している時間や、リハビリテーションマネジメント加算(A)又は(B)を取得している場合であって、医師が通所リハビリテーション計画等について本人又は家族に対する説明等に要する時間については、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の医師の人員基準の算定外となるのか。

（回答）　人員基準の算定に含めることとする。

○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員（看護師・准看護師）、介護職員について

【平成21年４月改定関係Q&A(vol.１)（平成21年３月23日）】

（問54）　病院又は老人保健施設における通所リハビリテーションの従業者の員数について、理学療法士等の配置に関する規定が、「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者が百人又はその端数を増すごとに一以上確保されていること」とされたが、これは、通所リハビリテーションの中でも、リハビリテーションを提供する時間帯において、理学療法士等が利用者に対して１００：１いれば良いということか。また、利用者の数が１００を下回る場合は、１未満で良いのか。

（回答）　そのとおりである。ただし、利用者の数が、提供時間帯において１００を下回る場合であっても１以上を置かなければならない。

【平成30年度介護報酬改定に関するQ&A(vol.１)（平成30年３月23日】

（問85）　保険医療機関において、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーション（以下、疾患別リハビリテーション）と1時間以上2時間未満の通所リハビリテーション又は訪問リハビリテーションを同時に行う場合、理学療法士等は同日に疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションを提供することができるのか。

（答）　次の４つの条件をすべて満たす場合は可能である。

１．訪問リハビリテーションにおける20分のリハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの１単位とみなし、理学療法士等１人あたり１日18単位を標準、１日24単位を上限とし、週108単位以内であること。

２．１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションにおける20分の個別リハビリテーションに従事した時間を、疾患別リハビリテーションの１単位とみなし、理学療法士等1人当たり1日18単位を標準、1日24単位を上限とし、週108単位以内であること。

３．疾患別リハビリテーション1単位を訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの20分としてみなし、理学療法士等1人当たり1日合計８時間以内、週36時間以内であること。

４．理学療法士等の疾患別リハビリテーション、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションに従事する状況が、勤務簿等に記載されていること。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.２）（令和３年３月23日）】

（問28）　通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよいか。
また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいか。

（回答）
・通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。
・リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、人員基準の算定に含めない。
・リハビリテーション提供体制加算に定める理学療法士等の配置についても同様に扱う。
・また、利用者のサービス提供時間中にリハビリテーション会議を実施して差し支えない。

4 用語の定義（解釈通知第2の2）

① 単位ごとに

指定通所リハビリテーションの単位とは、指定通所リハビリテーションが同時に、一体的に提供されるグループをいいます。

単位が複数ある場合、それぞれの単位ごとに職員を配置しなくてはなりません。

② 提供時間帯を通じて

「サービスを提供する時間の間はいつでも」の意味です。

③ 専ら従事する・専ら提供に当たる

原則として、サービス提供時間帯を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことをいうものです。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従業者の当該事業所における勤務時間（指定通所介護及び指定通所リハビリテーションについては、サービスの単位ごとの提供時間）をいうものであり、当該従業者の常勤・非常勤の別を問いません。ただし、通所介護及び通所リハビリテーションについては、あらかじめ計画された勤務表に従って、サービス提供時間帯の途中で同一職種の従業者と交代する場合には、それぞれのサービス提供時間を通じて当該サービス以外の職務に従事しないことで足ります。

また、指定通所リハビリテーション（１時間以上２時間未満に限る）又は指定介護予防通所リハビリテーションが、保険医療機関において医療機関の脳血管疾患等リハビリテーション科、廃用症候群リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科のいずれかを算定すべきリハビリテーションが同じ訓練室で実施されている限り、専ら当該指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション科、廃用症候群リハビリテーション科、運動器リハビリテーション科又は呼吸器リハビリテーション科のいずれかを算定すべきリハビリテーションに従事して差し支えありません。ただし、当該従事者が指定通所リハビリテーション又は指定訪問通所リハビリテーションに従事していない時間帯については、居宅条例第137条第１項第２号又は第２項の従業者の員数及び厚生労働大臣が定める基準（平成27年厚生労働省告示第95号）の第24号の３の従業者の合計数に含めません。

④ 常勤

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とします。）に達していることをいうものです。ただし、母性健康管理措置又は育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とするものとします。

同一の事業者によって当該事業所に併設される事業所（同一敷地内に所在する又は道路を隔て

て隣接する事業所をいう。ただし、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）の職務であって、当該事業所の職務と同時並行的に行われることが差し支えないと考えられるものについては、それぞれに係る勤務時間の合計が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものであることとします。例えば、一の事業者によって行われる指定訪問介護事業所と指定居宅介護支援事業所が併設されている場合、指定訪問介護事業所の管理者と指定居宅介護支援事業所の管理者を兼務している者は、その勤務時間の合計が所定の時間に達していれば、常勤要件を満たすこととなります。

また、人員基準において常勤要件が設けられている場合、従事者が労働基準法（昭和22年法律第49号）第65条に規定する休業（以下「産前産後休業」という。）、母性健康管理措置、育児・介護休業法第２条第１号に規定する育児休業（以下「育児休業」という。）、同条第２号に規定する介護休業（以下「介護休業」という。）、同法第23条第２項の育児休業に関する制度に準ずる措置又は同法第24条第１項（第２号に係る部分に限る。）の規定により同項第２号に規定する育児休業に関する制度に準じて講ずる措置による休業（以下「育児休業に準ずる休業」という。）を取得中の期間において、当該人員基準において求められる資質を有する複数の非常勤の従事者を常勤の従業者の員数に換算することにより、人員基準を満たすことが可能であることとします。

⑤　常勤換算方法

当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とします。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものです。この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該事業所が訪問介護と訪問看護の指定を重複して受ける場合であって、ある従業者が訪問介護員等と看護師等を兼務する場合、訪問介護員等の勤務延時間数には、訪問介護員等としての勤務時間だけを算入することとなります。

ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第１項に規定する措置（以下「母性健康管理措置」という。）又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）第23条第１項、同条第３項又は同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置（以下「育児、介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置」という。）が講じられている場合、30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算に当たり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、１として取り扱うことを可能とします。

【ポイント】

・併設する病院・診療所・老健等との兼務について

通所リハビリテーションに従事している時間は、老健本体や病院での勤務時間としてカウントすることはできません。

【国Q＆A】

【運営基準等に係るQ＆A（平成14年３月28日）】

（問）常勤換算方法により算定される従業者が出張したり、また、休暇を取った場合に、その出張や休暇に係る時間は勤務時間としてカウントするのか。

（回答）「常勤換算方法」とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」（居宅サービス運営基準第２条第８号等）であり、また、「勤務延時間数」とは、「勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間（又は当該事業に係るサービスの提供のための準備等を行う時間（待機の時間を含む。））として明確に位置づけられている時間の合計数」である（居宅サービス運営基準解釈通知第二・２（２）等）。以上から、非常勤の従業者の休暇や出張（以下「休暇等」という。）の時間は、サービス提供に従事する時間とはいえないので、常勤換算する場

合の勤務延時間数には含めない。

なお、常勤の従業者（事業所において居宅サービス運営基準解釈通知第二・２（３）における勤務体制を定められている者をいう。）の休暇等の期間については、その期間が暦月で１月を超えるものでない限り、常勤の従業者として勤務したものとして取り扱うものとする。

【平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（平成27年４月１日）】

（問１）各加算の算定要件で「常勤」の有資格者の配置が求められている場合、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成３年法律第76号。以下「育児・介護休業法」という。）の所定労働時間の短縮措置の対象者について常勤の従業者が勤務すべき時間数を30時間としているときは、当該対象者については30時間勤務することで「常勤」として取り扱って良いか。

（回答）そのような取扱いで差し支えない。

（問３）各事業所の「管理者」についても、育児・介護休業法第23条第１項に規定する所定労働時間の短縮措置の適用対象となるのか。

（回答）労働基準法第41条第２号に定める管理監督者については、労働時間等に関する規定が適用除外されていることから、「管理者」が労働基準法第41条第２号に定める管理監督者に該当する場合は、所定労働時間の短縮措置を講じなくてもよい。

なお、労働基準法第41条第２号に定める管理監督者については、同法の解釈として、労働条件の決定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者の意であり、名称にとらわれず、実態に即して判断すべきであるとされている。このため、職場で「管理職」として取り扱われている者であっても、同号の管理監督者に当たらない場合には、所定労働時間の短縮措置を講じなければならない。

また、同号の管理監督者であっても、育児・介護休業法第23条第１項の措置とは別に、同項の所定労働時間の短縮措置に準じた制度を導入することは可能であり、こうした者の仕事と子育ての両立を図る観点からは、むしろ望ましいものである。

【令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（令和３年３月19日）】

（問１）　人員配置基準や報酬算定において「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業等を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認めるとあるが、「同等の資質を有する」かについてどのように判断するのか。

（回答）　介護現場において、仕事と育児や介護との両立が可能となる環境整備を進め、職員の離職防止・定着促進を図る観点から、以下の取扱いを認める。

＜常勤の計算＞

・育児・介護休業法による育児の短時間勤務制度を利用する場合に加え、同法による介護の短時間勤務制度や、男女雇用機会均等法による母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合についても、30時間以上の勤務で、常勤扱いとする。

＜常勤換算の計算＞

・職員が、育児・介護休業法による短時間勤務制度や母性健康管理措置としての勤務時間の短縮等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算上も１と扱う。

＜同等の資質を有する者の特例＞

・「常勤」での配置が求められる職員が、産前産後休業や育児・介護休業、育児休業に準ずる休業、母性健康管理措置としての休業を取得した場合に、同等の資質を有する複数の非常勤職員を常勤換算することで、人員配置基準を満たすことを認める。

・なお、「同等の資質を有する」とは、当該休業を取得した職員の配置により満たしていた、勤続年数や所定の研修の修了など各施設基準や加算の算定要件として定められた資質を満たすことである。

Ⅳ　設備基準について

1　設備等　（居宅条例第 138 条、予防条例第 119 条）

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所には、指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供にふさわしい専用の部屋等であって、３平方メートルに利用定員（当該指定通所リハビリテーション事業所において同時に指定通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者の数の上限をいう。以下この節及び次節において同じ。）を乗じて得た面積以上の面積のものを設けなければならない。ただし、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所が介護老人保健施設又は介護医療院である場合は、当該専用の部屋等の面積と利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションの用に供されるものに限る。）の面積との合計が３平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上の面積であることをもって足りるものとする。

2　指定通所リハビリテーション事業所には、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備並びに指定（介護予防）通所リハビリテーションを行うために必要な専用の機械及び器具を備えなければならない。

3　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合には、指定介護予防サービス等基準条例第119条第１項及び第２項に規定する設備に関する基準を満たすことをもって、前２項に規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

【解釈通知（第３Ⅶ２）】

(1)　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業を行う事業所ごとに備える設備については、専ら指定（介護予防）通所リハビリテーション事業の用に供するものでなければならないこととされていますが、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院が互いに併設される場合（同一敷地内にある場合、又は公道を挟んで隣接している場合をいう。）であって、そのうちの複数の施設において、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業を行う場合には、以下の条件に適合するときは、それぞれの指定（介護予防）通所リハビリテーションを行うためのスペースが同一の部屋等であっても差し支えないものとします。

ア　当該部屋等において、それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが明確に区分されていること。

イ　それぞれの指定通所リハビリテーションを行うためのスペースが、次に掲げる面積要件（居宅条例第138条第１項）を満たしていること。

３平方メートルに利用定員を乗じた面積以上であるものを有すること。ただし、介護老人保健施設又は医療介護院の場合は、当該専用の部屋等の面積と利用者用に確保されている食堂（リハビリテーションの用に供されるものに限ります。）の面積との合計が３平方メートルに利用定員を乗じて得た面積以上の面積であることをもって足りるものであること。

(2)　指定（介護予防）通所リハビリテーションを行うためのスペースと、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所と併設の関係にある特別養護老人ホーム、社会福祉施設等における指定通所介護の機能訓練室等との関係については、第３のⅥの２の(4)を参照してください。ただし、保険医療機関が医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションの届出を行っており、当該保険医療機関において、指定通所リハビリテーション（１時間以上２時間未満に限る）又は指定介護予防通所リハビリテーションを実施する場合には、医療保険の脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えありません（必要な機器及び器具の利用についても同様です）。この場合の居宅条例第138条第１項の指定通所リハビリテーションを行うために必要なスペースは、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、３平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数（指定通所リハビリテーションの事

業と指定介護予防リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計数）を乗じて得た面積以上の面積とします。

なお、機器及び機具は、サービス提供時間に関わらず、各サービスの提供に支障が生じない場合に限り、共用して差し支えありません。（予防条例第119条の基準についても同様です。）

【解釈通知（第３のⅥの２の(4)）】

指定通所介護事業所と指定居宅サービス事業所等を併設している場合に、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、設備基準上両方のサービスに規定があるもの（指定訪問介護事業所の場合は事務室）は共用が可能です。ただし、指定通所介護事業所の機能訓練室等と、指定通所介護事業所と併設の関係にある病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院における指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースについて共用する場合にあっては、次の条件に適合することをもって、これらが同一の部屋等であっても差し支えないものとします。

ア　当該部屋等において、指定通所介護事業所の機能訓練室等と指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースが明確に区分されていること。

イ　指定通所介護事業所の機能訓練室等として使用される区分が、指定通所介護事業所の設備基準を満たし、かつ、指定通所リハビリテーション等を行うためのスペースとして使用される区分が、指定通所リハビリテーション事業所等の設備基準を満たすこと。

また、玄関、廊下、階段、送迎車両など、基準上は規定がないが、設置されるものについても、利用者へのサービス提供に支障がない場合は、共用が可能です。

なお、設備を共用する場合、居宅条例第111条第２項において、指定通所介護事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じるよう努めなければならないと定めているところであるが、衛生管理等に一層努めることとします。

(3)　共生型サービス又は基準該当サービスとして障害福祉サービスにおける機能訓練（自立訓練）を行う場合においては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び関係規定に基づき適切に実施することとします。

なお、施設基準を満たすにあたっては、（介護予防）通所リハビリテーションの利用者数に、障害福祉サービスの利用者数を合算することとし、利用者に対するサービス提供が適切に行われると認められる場合において、設備を共有することは差支えありません。

(4)　消火設備その他の非常災害に際して必要な設備とは、消防法その他の法令等に規定された設備を示しており、それらの設備を確実に設置しなければなりません。

【ポイント】

＜介護老人保健施設併設の場合＞

別途、面積要件について、補助金に係る規定が別途定められています。詳細は介護老人保健施設を所管する県・市の担当部局にご確認ください。

※レイアウトを変更しようとする場合の留意事項

通所リハビリテーション事業所が所在する施設の建設等に当たって補助金等を受けている場合は、用途変更等に係る承認（許可）が必要とされることがありますので、変更の届出を行う前にあらかじめ補助金を所管する官庁・団体等に、変更に可否、手続の要否についてお問い合わせください。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol．１)（平成30年３月23日）】

（問66）　「指定居宅サービス等及び指定介護予防サービス等に関する基準について」（平成11年９月17日老企第25号）において、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料を算定すべきリハビリテーションを受けている患者と介護保険の指定通所リハビリテーション又は指定介護予防通所リハビリテーションの利用者に対するサービス提供に支障が生じない場合に限り、同一のスペースにおいて行うことも差し支えないとされその場合には、医療保険のリハビリテーションの患者数に関わらず、常時、３平方メートルに指定通所リハビリテーションの利用者数を乗じた面積以上を満たせばよいとされている。

例えば保険医療機関の45平方メートルの訓練室を指定通所リハビリテーションと共用する場合、45平方メートルを３平方メートルで除した数、すなわち15人以下の利用者数に指定通所リハビリテーションを提供できると考えていいか。

（答）　よい。

Ⅴ　運営基準について

※通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションで内容が基本的に同じものは１つにまとめ、通所リハビリテーションの文言で記載しています。介護予防通所リハビリテーションについては適宜読み替えてください。
例：通所リハビリテーション計画→介護予防通所リハビリテーション計画
　　居宅介護支援事業者→介護予防支援事業者
　　要介護→要支援

通所リハ：通所リハビリテーション
予防リハ：介護予防通所リハビリテーション
（以下、同じ）

１　サービス開始の前に

（１）内容及び手続きの説明及び同意［通所リハ・予防リハ］
居宅条例第146条（第９条準用）、予防条例第124条（第51条の２準用）

通所リハビリテーションサービスの提供の開始に際しては、あらかじめ、利用申込者又はその家族に対し、運営規程の概要などを、説明書やパンフレットなど重要事項を記した文書を交付して説明を行い、サービス提供開始についての同意を得なければなりません。

なお、居宅条例第277条第２項（予防条例第267条第２項）により、利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）の利便性向上並びに事業者等の業務負担軽減等の観点から、事業者等は、書面で行うことが規定されている又は想定される交付等（交付、説明、同意、承諾、締結その他これに類するものをいう。）について、事前に利用者等の承諾を得た上で、次に掲げる電磁的方法によることができることとされています。

(1)　電磁的方法による交付は、居宅条例第９条第２項から第６項まで及び予防条例第51条の２第２項から第６項までの規定に準じた方法によること。

(2)　電磁的方法による同意は、例えば電子メールにより利用者等が同意の意思表示をした場合等が考えられること。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

(3)　電磁的方法による締結は、利用者等・事業者等の間の契約関係を明確にする観点から、書面における署名又は記名・押印に代えて、電子署名を活用することが望ましいこと。なお、「押印についてのＱ＆Ａ（令和２年６月19日内閣府・法務省・経済産業省）」を参考にすること。

(4)　その他、居宅条例第277条第２項及び予防条例第267条第２項において電磁的方法によることができるとされているものは、(1)から(3)までに準じた方法によること。ただし、居宅条例若しくは予防条例又はこの通知の規定により電磁的方法の定めがあるものについては、当該定めに従うこと。

(5)　また、電磁的方法による場合は、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

→　参考　厚生労働省
「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」
「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html
→　参考　内閣府・法務省・経済産業省
「押印についてのＱ＆Ａ」
https://www.meti.go.jp/covid-19/ouin.html

【ポイント】

重要事項を記した文書に記載すべきと考えられる事項は、以下のとおりです。

ア　法人、事業所の概要（法人名、事業所名、事業所番号、併設サービスなど）
イ　営業日、営業時間、サービス提供時間
ウ　利用定員
エ　利用料その他費用の額
オ　従業者の勤務体制(単位ごと)
カ　事故発生時の対応
キ　苦情相談窓口（事業所担当、市町村、国民健康保険団体連合会などの相談・苦情の窓口も記載）
ク　利用申込者がサービスを選択するために必要な重要事項
※　重要事項説明書の内容と運営規程の内容に齟齬がないようにしてください。

サービス提供開始についての同意は重要事項説明書の交付のほかに、利用申込者及びサービス事業者双方を保護する観点から、書面（契約書等）により確認することが望ましいと考えます。

（２）提供拒否の禁止[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第10条準用)、予防条例第124条(第51条の３準用)

正当な理由なく通所リハビリテーションの提供を拒んではなりません。

【ポイント】
・原則として、利用申し込みに対して応じなければなりません。
・特に要介護度や所得の多寡を理由にサービスの提供を拒否することは禁じられています。
・提供を拒むことのできる正当な理由とは、
ア　事業所の現員では、利用申し込みに応じきれない。
イ　利用申込者の居住地が実施地域外である。等があげられます。

（３）サービス提供困難時の対応[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第11条準用)、予防条例第124条(第51条の４準用)

（２）のア、イなどの理由で利用申込者に対し自ら必要なサービスを提供することが困難であると認めた場合は、居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定通所リハビリテーション事業者等を紹介するなどの必要な措置を速やかに講じなければなりません。

（４）受給資格等の確認[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第12条準用)、予防条例第124条(第51条の５準用)

利用の申込みがあった場合は、その者の被保険者証（介護保険）によって、被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間を確認します。

被保険者証に、認定審査会の意見が記載されているときは、これに配慮して指定通所リハビリテーションを提供するよう努めなければなりません。

なお、平成27年８月１日から、介護保険法及び関係法令の一部改正により、利用者の負担割合について、一定以上所得者の２割負担が導入されています。また、平成30年８月１日からは、現役世代並みの所得者の３割負担が導入されています。負担割合の確認は、保険者（市町村）が利用者に交付する「介護保険負担割合証」によりご確認してください。

（５）要介護(要支援)認定の申請に係る援助[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第13条準用)、予防条例第124条(第51条の６準用)

要介護認定を受けていない者から利用申込があった場合には、要介護認定の申請が、既に行われているかどうかを確認し、申請が行われていない場合は、利用申込者の意思を踏まえて、速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行わなければなりません。

また、居宅介護支援事業者を利用していない利用者に対しては、継続して保険給付を受けるためには、要介護認定の更新が必要となりますので、遅くとも要介護認定の有効期間終了日の30日前には更新申請が行われるよう、必要な援助を行わなければなりません。

2　サービス開始に当たって

（1）心身の状況等の把握[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第14条準用)、予防条例第124条(第51条の７準用)

利用者に係る居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議、本人・家族との面談等を通じて、利用者の心身の状況・病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければなりません。

【ポイント】

【注意！】通所リハビリテーションの提供開始に当たっての診断書の提出

通所リハビリテーションの提供開始にあたり、利用者の健康状態を把握することは重要ですが、**利用者にとって診断書の提出は義務ではありません**。

利用者から任意に提出していただける場合には構いませんが、**「診断書の提出がなければ一切サービス提供できない」とすることは不適切**です。

（利用者の健康状態を把握するためには、担当のケアマネジャーや主治医に利用者の状態を確認するといった方法も考えられます。）

（2）居宅介護支援事業者(介護予防支援事業者)等との連携[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第15条準用)、予防条例第124条(第51条の８準用)

サービスを提供するに当たっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。また、サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師及び居宅介護支援事業者に情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

（3）居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に沿ったサービスの提供[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第 146 条(第 17 条準用)、予防条例第 124 条(第 51 条の 10 準用)

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）が作成されている場合は、当該計画に沿った通所リハビリテーションを提供しなければなりません。

（4）居宅サービス計画(介護予防サービス計画)等の変更の援助[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第18条準用)、予防条例第124条(第51条の11準用)

利用者が居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の変更を希望する場合は、当該利用者に係る居宅介護支援事業者（介護予防支援事業者）への連絡その他の必要な援助を行わなければなりません。

【ポイント】

○　サービス担当者会議の出席

居宅サービス計画を変更する場合等に、ケアマネジャーは通所リハビリテーション事業者等の居宅サービス事業者等を集めてサービス担当者会議を開催することになっています。

通所リハビリテーション事業者はこの会議に出席しなくてはなりません。

（５）基本取扱方針[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第139条、予防条例第125条

【通所リハビリテーション】

① 利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行われなければなりません。

② 自らその提供する指定通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければなりません。

【介護予防通所リハビリテーション】

① 指定介護予防通所リハビリテーションは、利用者の介護予防に資するよう、その目標が設定され、計画的に行われなければならない。

② 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、主治の医師又は歯科医師と連携を図りつつ、自らその提供する指定介護予防通所リハビリテーションの質の評価を行い、常にその改善を図らなければならない。

③ 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、単に利用者の運動器の機能の向上、栄養状態の改善、口腔の機能の向上等の特定の心身の機能に着目した改善等のみならず、当該心身の機能の改善等を通じて、利用者ができる限り要介護状態とならずに自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とするものであることを常に意識してサービスの提供に当たらなければならない。

④ 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、利用者がその有する能力を最大限に活用することができるような方法によるサービスの提供に努めなければならない。

⑤ 指定介護予防通所リハビリテーション事業者は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、利用者との意思疎通を十分に図ることその他の様々な方法により、利用者が主体的に事業に参加することができるよう適切な働きかけに努めなければならない。

【解釈通知（第４Ⅲ５（１））】

(1) 指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針

予防条例第125条にいう指定介護予防通所リハビリテーションの基本取扱方針について、特に留意すべきところは、次のとおりです。

ア 介護予防の十分な効果を高める観点からは、利用者の主体的な取組が不可欠であることから、サービスの提供に当たっては、利用者の意欲が高まるようコミュニケーションの取り方をはじめ、様々な工夫をして、適切な働きかけを行うよう努めること。

イ サービスの提供に当たって、利用者ができないことを単に補う形でのサービス提供は、かえって利用者の生活機能の低下を引き起こし、サービスへの依存を生み出している場合があるとの指摘を踏まえ、「利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行う」ことを基本として、利用者のできる能力を阻害するような不適切なサービス提供をしないよう配慮すること。

ウ 提供された介護予防サービスについては、介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標達成の度合いや利用者及びその家族の満足度等について常に評価を行うなど、その改善を図らなければならないものであること。

（６） 具体的取扱方針[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第140条、予防条例第126条

【通所リハビリテーション】

（１） 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、医師の指示及び次条第１項に規定する通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立に資するよう、適切に行うこと。

（２） 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解

しやすいように指導又は説明を行うこと。
（３） 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないこと。
（４） 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。
（５） 指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状況及び置かれている環境の的確な把握に努め、利用者に対し適切にこれを行うとともに、認知症である要介護者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整備すること。
（６） 指定通所リハビリテーション事業者は、リハビリテーション会議の開催により、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の病状、心身の状況、希望及び置かれている環境に関する情報を構成員と共有するよう努め、利用者に対し、適切なサービスを提供すること。

【介護予防通所リハビリテーション】
（１） 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達、サービス担当者会議、リハビリテーション会議その他の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うこと。
（２） 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる介護予防通所リハビリテーション従業者（以下この節において「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等に基づき、共同して、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえ、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した計画（以下この条において「介護予防通所リハビリテーション計画」という。）を作成すること。
（３） 医師等の従業者は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合には、当該介護予防サービス計画の内容に沿って介護予防通所リハビリテーション計画を作成すること。
（４） 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。
（５） 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握すること。
（６） 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成したときは、当該介護予防通所リハビリテーション計画を利用者に交付すること。
（７） 指定介護予防通所リハビリテーション事業者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及び置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目標並びに当該目標を達成するための具体的なサービスの内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合には、第87条第２号から第６号までに規定する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を満たすことをもって、第２号から前号までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。
（８） 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むために必要な支援を行うこと。
（９） 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うこと。
(10) 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないこと。

(11)　前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

(12)　指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うこと。

(13)　医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービスの提供を開始した時から、当該介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、当該利用者に対するサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に、毎月１回以上報告するとともに、当該介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間の終了までに、当該介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（以下この条において「モニタリング」という。）を、１回以上行うこと。

(14)　医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告すること。

(15)　医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うこと。この場合においては、第１号から前号までの規定を準用する。

【解釈通知（第３Ⅶ３（１））】

居宅条例第139条及び第140条に定めるところによるほか、次の点に留意するものとします。

ア　指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診察に基づき、個々の利用者に応じて作成された通所リハビリテーション計画に基づいて行われるものですが、グループごとにサービス提供が行われることを妨げるものではないこと。

イ　指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。

ウ　指定通所リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならず、緊急やむを得ない場合に身体的拘束等を行う場合にあっても、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこととしたものです。

　また、緊急やむを得ない理由については、切迫性、非代替性及び一時性の３つ要件を満たすことについて、組織等としてこれらの要件の確認等の手続きを極めて慎重に行うこととし、その具体的な内容について記録しておくことが必要です。

　また、居宅条例第145条第２項の規定に基づき、当該記録は、５年間保存しなければなりません。

エ　指定通所リハビリテーションをより効果的に実施するため、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等の協力を得て実施することが望ましいこと。

オ　指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。

カ　主として認知症等の精神障害を有する利用者を対象とした指定通所リハビリテーションにあっては、作業療法士等の従業者により、主として脳血管疾患等に起因する運動障害を有する利用者にあっては、理学療法士等の従業者により効果的に実施されるべきものであること。

キ　リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加することとします。

　なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合においては、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

　また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場

合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。ただし、利用者又はその家族（以下このサにおいて「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければなりません。なお、テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

ク　指定通所リハビリテーションは、事業所内でサービスを提供することが原則であるが、次に掲げる条件を満たす場合においては、事業所の屋外でサービスを提供することができるものであること。

（ア）　あらかじめ通所リハビリテーション計画に位置付けられていること。

（イ）　効果的なリハビリテーションのサービスが提供できること。

ケ　利用者の居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎については、平成18年度介護報酬改定において送迎加算が基本単位に包括化され、往復分の送迎に係る評価が基本単位に含まれていることから、指定通所リハビリテーションの提供に当たり、その実施を基本とすること。

【解釈通知（第４Ⅲ５（２））】

ア　予防条例第126条第１号及び第２号は、医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成しなければならないこととしたものです。介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、主治医又は主治の歯科医師からの情報伝達やサービス担当者会議を通じる等の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等を把握・分析し、介護予防通所リハビリテーションの提供によって解決すべき問題状況を明らかにし（アセスメント）、これに基づき、支援の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的内容、期間等を定めるものとします。また、進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直すこと。なお、介護予防通所リハビリテーション計画の様式については、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」に示す様式を参考に作成することとします。

イ　指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等の指示を行うこと。

ウ　介護予防通所リハビリテーション計画は、介護予防サービス計画に沿って作成されなければならないことから、介護予防通所リハビリテーション計画の作成後に介護予防サービス計画が作成された場合は、当該介護予防通所リハビリテーション計画が介護予防サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとします。

エ　介護予防通所リハビリテーション計画は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、その内容について説明を行った上で利用者の同意を得ることを義務付けるものです。医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の目標や内容等について、利用者又はその家族に、理解しやすい方法で説明を行うとともに、その実施状況や評価についても説明を行うものとします。

オ　医療機関から退院した利用者に対し介護予防通所リハビリテーション計画を作成する場合には、医療と介護の連携を図り、連続的で質の高いリハビリテーションを行う観点から、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければなりません。

その際、リハビリテーション実施計画書以外の退院時の情報提供に係る文書を用いる場合においては、当該文書にリハビリテーション実施計画書の内容（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２－１の項目である「本人・家族等の希望」「健康状態、経過」「心身機能・構造」「活動」「リハビリテーションの短期目標」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの方針」「本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導を含む）」「リハビリテーション実施上の留意点」「リハビリテーションの見直し・継続理由」「リハビリテーションの終了目安」）が含まれていなければなりません。

ただし、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書等が提出されない場合においては、当該医療機関の名称及び提供を依頼した日付を記録に残すこと。

カ　同条第７号は、指定介護予防通所リハビリテーション事業者が、指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定介護予防通所リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションの目標並びに当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合については、介護予防訪問リハビリテーション計画に係る基準を満たすことによって、介護予防通所リハビリテーション計画に係る基準を満たしているとみなすことができることとしたものであること。

当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえたうえで、共通目標を設定すること。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を一つの計画として分かりやすく記載するよう留意すること。

キ　指定介護予防通所リハビリテーション及び指定介護予防訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、診療記録を一括して管理しても差し支えないものです。

ク　同条第12号は、指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応した適切なサービスが提供できるよう、常に新しい技術を習得する等、研さんを行うべきものであることとしたものです。

ケ　同条第13号から第15号は、事業者に対して介護予防サービスの提供状況等について介護予防支援事業者に対する報告及び介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（モニタリング）を義務付けるものです。介護予防支援事業者に対する実施状況等の報告については、サービスが介護予防サービス計画に即して適切に提供されているかどうか、また、当該計画策定時から利用者の状態等が大きく異なることとなっていないかどうか等を確認するために行うものであり、毎月行うこととしています。

また、併せて、事業者は介護予防通所リハビリテーション計画に定める計画期間が終了するまでに１回はモニタリングを行い、利用者の介護予防通所リハビリテーション計画に定める目標の達成状況の把握等を行うとともに、当該モニタリングの結果により、解決すべき課題の変化が認められる場合等については、担当する介護予防支援事業者等とも相談の上、必要に応じて当該介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うこととしたものです。

コ　指定介護予防通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定介護予防支援事業者等を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達していること。

（７）通所リハビリテーション計画の作成[通所リハ]

居宅条例第141条

1　医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる通所リハビリテーション従業者（以下「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等を基に、共同して、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえ、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した計画（以下「通所リハビリテーション計画」という。）を作成しなければならない。

2　医師等の従業者は、既に居宅サービス計画が作成されている場合には、当該居宅サービス計画の内容に沿って通所リハビリテーション計画を作成しなければならない。

3　医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得なければならない。

4　医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握しなければならない。

5　医師等の従業者は、通所リハビリテーション計画を作成したときは、当該通所リハビリテーション計画を利用者に交付しなければならない。

6　通所リハビリテーション従業者は、それぞれの利用者について、通所リハビリテーション計画に従ったサービスの実施状況及びその評価を診療記録に記載するものとする。

7　指定通所リハビリテーション事業者が指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）等を通じて、利用者の病状、心身

の状況、希望及び置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションの目標並びに当該目標を達成するための具体的なサービスの内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合には、第86条第１項から第５項までに規定する運営に関する基準を満たすことをもって、第１項から第５項までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

【解釈通知（第３Ⅶ３（２））】

ア　通所リハビリテーション計画は、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診察に基づき、利用者ごとに作成することとします。記載内容については別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）の様式例及び記載方法を参照することとします。また、通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直していることとします。

イ　通所リハビリテーション計画は、居宅サービス計画に沿って作成されなければならないことから、通所リハビリテーション計画を作成後に居宅サービス計画が作成された場合は、当該通所リハビリテーション計画が、居宅サービス計画に沿ったものであるか確認し、必要に応じて変更するものとします。

ウ　医療機関から退院した利用者に対し通所通所リハビリテーション計画を作成する場合には、医療と介護の連携を図り、連続的で質の高いリハビリテーションを行う観点から、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、当該利用者に係るリハビリテーション情報を把握しなければなりません。

　その際、リハビリテーション実施計画書以外の退院時の情報提供に係る文書を用いる場合においては、当該文書にリハビリテーション実施計画書の内容（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２－１の項目である「本人・家族等の希望」「健康状態、経過」「心身機能・構造」「活動」「リハビリテーションの短期目標」「リハビリテーションの長期目標」「リハビリテーションの方針」「本人・家族への生活指導の内容（自主トレ指導含む）」「リハビリテーション実施上の留意点」「リハビリテーションの見直し・継続理由」「リハビリテーションの終了目安」）が含まれていなければなりません。

　ただし、当該医療機関からリハビリテーション実施計画書等が提供されない場合においては、当該医療機関の名称及び提供を依頼した日付を記録に残すこととします。

エ　通所リハビリテーション計画は医師の診察に基づき、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成されなければならないものであり、サービス内容等への利用者の意向の反映の機会を保障するため、指定通所リハビリテーション事業所の医師及び理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画の作成に当たっては、その目標や内容等について、利用者及びその家族に理解しやすい方法で説明を行った上で利用者の同意を得なければならず、また、リハビリテーション計画書を利用者に交付しなければなりません。なお、その実施状況や評価等についても説明を行うこととします。

オ　指定通所リハビリテーション事業者が、指定訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議の開催等を通じて、指定通所リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションの目標並びに当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合性のとれた通所リハビリテーション計画を作成した場合については、訪問リハビリテーション計画に係る基準を満たすことによって、通所リハビリテーション計画に係る基準を満たしているとみなすことができます。

　当該計画の作成に当たっては、各々の事業の目標を踏まえた上で、共通目標を設定することとします。また、その達成に向けて各々の事業の役割を明確にした上で、利用者に対して一連のサービスとして提供できるよう、個々のリハビリテーションの実施主体、目的及び具体的な提供内容等を１つの目標として分かりやすく記載できるよう留意することとします。

　指定通所リハビリテーション及び指定訪問リハビリテーションにおいて整合性のとれた計画に従いリハビリテーションを実施した場合には、居宅条例第141条第６項に規定する診療記録を一括して管理しても差し支えないものであることとします。

カ　指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第13条第12号において、「介護支援専門員は、居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等に対して、訪問介護計画（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第24条第１項に規定する訪問介護計画をいう。）その他の同令又は指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）の規定において作成しなければならないこととされている計画の提出を求める

こと。」と規定していることを踏まえ、居宅サービス計画に基づきサービスを提供している指定通所リハビリテーション事業者は、当該居宅サービス計画を作成している指定居宅介護支援事業者から通所リハビリテーション計画の提供の求めがあった際には、当該訪問介護計画を提供することに協力するよう努めるものとします。

（８）介護予防通所リハビリテーション計画とモニタリング[予防リハ]

予防条例第126条

指定介護予防通所リハビリテーションの方針は、基本方針及び基本取扱方針に基づき、次に掲げるところによるものとする。

（１） 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、主治の医師又は歯科医師からの情報伝達、サービス担当者会議、リハビリテーション会議その他の適切な方法により、利用者の病状、心身の状況、置かれている環境等利用者の日常生活全般の状況の的確な把握を行うこと。

（２） 医師及び理学療法士、作業療法士その他専ら指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たる介護予防通所リハビリテーション従業者（以下この節において「医師等の従業者」という。）は、診療又は運動機能検査、作業能力検査等に基づき、共同して、利用者の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえ、リハビリテーションの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容、サービスの提供を行う期間等を記載した計画（以下この条において「介護予防通所リハビリテーション計画」という。）を作成すること。

（３） 医師等の従業者は、既に介護予防サービス計画が作成されている場合には、当該介護予防サービス計画の内容に沿って介護予防通所リハビリテーション計画を作成すること。

（４） 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。

（５） 医師等の従業者は、リハビリテーションを受けていた医療機関から退院した利用者に係る介護予防通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、当該医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等により、当該利用者に係るリハビリテーションの情報を把握すること。

（６） 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画を作成したときは、当該介護予防通所リハビリテーション計画を利用者に交付すること。

（７） 指定介護予防通所リハビリテーション事業者が指定介護予防訪問リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、リハビリテーション会議（医師が参加した場合に限る。）等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及び置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防通所リハビリテーションの目標並びに当該目標を達成するための具体的なサービスの内容について整合性のとれた介護予防通所リハビリテーション計画を作成した場合には、第87条第２号から第６号までに規定する介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を満たすことをもって、第２号から前号までに規定する基準を満たしているものとみなすことができる。

（８） 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護予防通所リハビリテーション計画に基づき、利用者が日常生活を営むために必要な支援を行うこと。

（９） 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、リハビリテーションの観点から療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うこと。

(10) 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わないこと。

(11) 前号の身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること。

(12) 指定介護予防通所リハビリテーションの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行うこと。

(13) 医師等の従業者は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づくサービスの提供を開始した時から、当該介護予防通所リハビリテーション計画に係る利用者の状態、当該利用者に対す

るサービスの提供状況等について、当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に、毎月１回以上報告するとともに、当該介護予防通所リハビリテーション計画に記載したサービスの提供を行う期間の終了までに、当該介護予防通所リハビリテーション計画の実施状況の把握（以下この条において「モニタリング」という。）を、１回以上行うこと。

(14)　医師等の従業者は、モニタリングの結果を記録し、当該記録を当該サービスの提供に係る介護予防サービス計画を作成した指定介護予防支援事業者に報告すること。

(15)　医師等の従業者は、モニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて介護予防通所リハビリテーション計画の変更を行うこと。この場合においては、第１号から前号までの規定を準用する。

【ポイント】

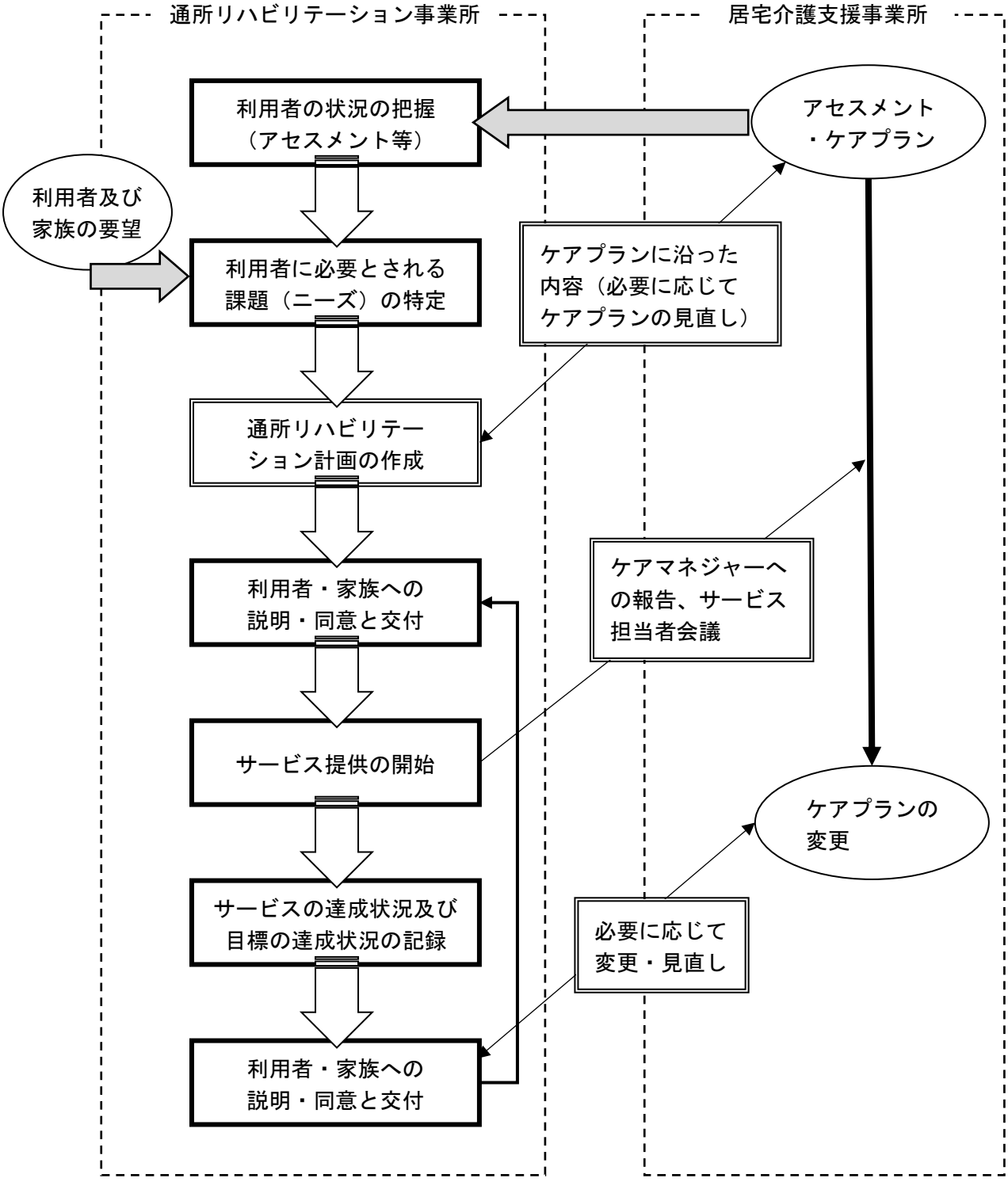
計画にサービス提供期間を定め、その期間内に実施状況の把握（モニタリング）を行い、その結果について介護予防支援事業者に報告しなくてはなりません。

【ポイント】通所リハビリテーション計画作成の流れ

通所リハビリテーションの基本方針（居宅条例第136条）

通所リハビリテーションは、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図るものでなければなりません。

従って、アクティビティや趣味活動のみの提供は通所リハビリテーションとは言えませんし、加算の算定の有無に関わらず、利用者には個別リハビリテーションを含め必要なリハビリテーションが提供されなければなりません。



【ポイント】通所リハビリテーション計画の作成について

≪通所リハビリテーション計画の作成までの流れ≫

1　利用者の状況の把握（アセスメント）

利用者の心身の状況・日常生活全般状況の把握（アセスメント）を行います。

ポイント

① 通所サービスに対する利用者の希望の把握（利用者本人は何をしたいのか、してもらいたいのか、通所サービスに対する不安、抵抗感等）
② 全体の状況から利用者の隠された可能性の発見
③ 隠れたニーズの把握
④ 通所時の状況（活動プログラムへの参加状況、利用者との交流、集団への適応、休憩等）

2　課題の特定

１のアセスメントに基づき、居宅サービス計画及び利用者の希望を勘案しながら、通所サービスとしての課題を特定します。

ポイント

① 自立支援という観点から課題を把握
② 居宅サービス計画との整合を図りながら、利用者の希望する生活達成のために、通所サービスとして何を援助・介護すべきかを検討

3　通所リハビリテーション計画の作成（居宅条例第141条）

２で特定した課題の優先順位をつけ、解決すべき課題・援助目標を記載し、その達成に必要なサービス内容を記載します。また、サービス内容の実施状況、具体的な対応方法等の適否について定期的に評価し、その結果を記入します。

ポイント

① 医師等の従業者は診察内容又は運動機能検査、作業能力検査等の結果を基に、共同して、個々の利用者ごとに作成します。
② 抽象的でなく、利用者のニーズを踏まえ、具体的に記載します。（課題・援助目標が居宅サービス計画の丸写しではなく、通所施設としての目標を設定してください。）
③ 居宅サービス計画の課題の具体的内容がわかりにくい場合、他の課題を発見した場合等には、居宅介護支援事業所に確認・提案します。
④ 定期的に評価を実施し、援助目標の変更等について検討します。

●　盛り込むべき項目

① 計画作成者・作成日
② 利用者名・要介護度
③ 解決すべき課題
④ 援助目標
⑤ 提供するサービス内容
⑥ 上記に係る留意事項
⑦ 通所サービスの実施状況、効果の評価
⑧ 利用者・家族への説明者名、説明・同意・交付日、同意者名、同意に関する署名欄

【加算に関する計画書との関係】

各加算に関する計画書とは別に、通所リハビリテーション計画を作成する必要があります。なお、各加算の計画書と通所リハビリテーション計画等を一体的に作成することも可能ですが、その場合は加算に係る部分を明確に判断できることが必要です。

3　サービス提供時

（１）サービス提供の記録[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第20条準用)、予防条例第124条(第51条の13準用)

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供したときは、当該指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供日及び内容、当該指定（介護予防）通所リハビリテーションについて法第41条第６項の規定により利用者に代わって支払を受ける居宅介護サービス費の額その他必要な事項を、利用者の居宅サービス計画を記載した書面又はこれに準ずる書面に記載しなければならない。

2　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供したときは、その具体的な内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供しなければならない。

【ポイント】

・通所リハビリテーションの提供記録において、職員の配置については、単位ごとに記録しましょう。
（単位ごとに記載がないと、場合によっては、人員欠如として報酬返還となる可能性があります。）

通所リハビリテーションサービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録しなければなりません。

【ポイント】

・「サービスの提供内容」や「適正な職員配置がされていたか」をきちんと記録に残していないと介護報酬の返還、減算となることがあります。
・記録の様式は特に定まっていませんが、次の点を参考にして作成・見直しをしてください。
＜勤務体制について＞
・提供日ごと、単位ごとにどの職種にどの職員が勤務したか分かるようにしてください。
（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員、その他加算の算定基準に配置が定められた職員等）
＜利用者に対するサービス内容について＞
・サービスの提供開始時刻、終了時刻
・入浴の有無（全身浴、部分浴等の区分）等に関する記録
・送迎（片道・往復の別、発着時刻、利用者名、運転者名、車両等）

（２）利用料等の受領[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第103条準用)、予防条例第124条(第52条準用)

1　指定通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当する指定通所リハビリテーションを提供したときは、その利用者から利用料の一部として、当該指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額から当該指定通所介護事業者に支払われる居宅介護サービス費の額を控除した額の支払を受けるものとする。

2　指定通所リハビリテーション事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定通所リハビリテーションを提供したときにその利用者から支払を受ける利用料の額と、当該指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないようにしなければならない。

3　指定通所リハビリテーション事業者は、前２項の支払を受ける額のほか、次に掲げる費用の額の支払を利用者から受けることができる。

（１）　利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用

（２）　指定通所リハビリテーションに通常要する時間を超える指定通所リハビリテーションであって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所リ

ハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用

（３） 食事の提供に要する費用

（４） おむつ代

（５） 前各号に掲げるもののほか、指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜であって、日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められる費用

４　前項第３号に掲げる費用については、別に規則で定める。

５　指定通所リハビリテーション事業者は、第３項各号に掲げる費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、利用者の同意を得なければならない。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９）（第３Ｉ３（１）参照））】

ア　居宅条例第103条第１項、第２項及び第５項の規定は、指定訪問介護に係る第21条第１項、第２項及び第４項の規定と同趣旨であるため、第３のＩの３の(11)のア、イ及びエを参照してください。

【第３Ｉ３(11)】

ア　居宅条例第21条第１項は、指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスとして提供される指定訪問介護についての利用者負担として､居宅介護サービス費用基準額の１割、２割又は３割（法第50条若しくは第60条又は第69条第５項の規定の適用により保険給付の率が９割、８割又は７割でない場合については、それに応じた割合）の支払を受けなければならないことを規定したものです。

イ　同条第２項は、利用者間の公平及び利用者の保護の観点から、法定代理受領サービスでない指定訪問介護を提供したときに、その利用者から支払を受ける利用料の額と、法定代理受領サービスである指定訪問介護に係る費用の額の間に、一方の管理経費の他方への転嫁等による不合理な差額を設けてはならないこととしたものです。

なお、そもそも介護保険給付の対象となる指定訪問介護のサービスと明確に区分されるサービスについては、次のような方法により別の料金設定をすることができます。

（ア） 利用者に、当該事業が指定訪問介護の事業とは別事業であり、当該サービスが介護保険給付の対象とならないサービスであることを説明し、理解を得なければなりません。

（イ） 当該事業の目的、運営方針、利用料等を、指定訪問介護事業所の運営規程とは別に定めなければなりません。

（ウ） 会計が指定訪問介護の事業の会計と区分されていなければなりません。

エ　同条第４項は、指定訪問介護事業者は、前項の交通費の支払を受けるに当たっては、あらかじめ、利用者又はその家族に対してその額等に関して説明を行い、利用者の同意を得なければならないこととしたものです。

イ　同条第３項は、指定通所リハビリテーション事業者は、指定通所リハビリテーションの提供に関して、

（ア） 利用者の選定により通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用

（イ） 指定通所リハビリテーションに通常要する時間を超える指定通所リハビリテーションであって利用者の選定に係るものの提供に伴い必要となる費用の範囲内において、通常の指定通所リハビリテーションに係る居宅介護サービス費用基準額を超える費用

（ウ） 食事の提供に要する費用

（エ） おむつ代

（オ） 前各号に掲げるもののほか、指定通所リハビリテーションの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものについては、前２項の利用料のほかに利用者から支払を受けることができることとし、保険給付の対象となって

いるサービスと明確に区分されないあいまいな名目による費用の支払を受けることは認めないこととしたものです。なお、(ウ)の費用については、居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針（平成17年厚生労働省告示第419号。以下「指針」といいます。）の定めるところによるものとし、(オ)の費用の具体的な範囲については、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」（平成12年３月30日老企第54号）に定めるところによるものとします。

厚生省令の運営基準で定められた費用	介護報酬に係るもの（利用者１割・２割・３割負担）	基本額	［通所リハビリテーション］ ［介護予防通所リハビリテーション］ 月定額報酬
		加算額	
	その他の費用（自己負担）	特別なサービス等の費用	実施地域外の交通費
			通常の提供時間を超えるサービス提供に伴う費用 ［通所リハビリテーションのみ］
		日常生活費	食費※1、おむつ代
		その他の日常生活費※2	身の回り品の費用 教養娯楽費

※１　食費については、「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」（H17.9.7厚労省告示第419号）に基づき、料金を設定し、手続きを行う必要があります。

※２　その他の日常生活費費用を画一的に徴収することは認められません。

→H12.3.30 厚生省通知　老企54「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて」

	どんな場合？	具体的には？	注意点
身の回り品の費用	利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合	一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられる物品（例えば、歯ブラシや化粧品等の個人用の日用品等）	すべての利用者に対して一律に提供し、すべての利用者からその費用を画一的に徴収することは認められません
教養娯楽費	利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合	サービス提供の一環として実施するクラブ活動や行事における材料費等	すべての利用者に一律に提供される教養娯楽に係る費用について徴収することは認められません

【国Ｑ＆Ａ】

【介護保険最新情報vol.59その他の日常生活費に係るQ&Aについて（平成12年３月31日）】

（問１）　個人用の日用品について、「一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるもの」とは、どういったものが想定されるのか。

（回答）　歯ブラシ、化粧品、シャンプー、タオル等の日用品であって、利用者に一律に提供されるものではなく、利用者個人又はその家族等の選択により利用されるものとして、事業者（又は施設）が提供するもの等が想定される。

（問２）　個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に最低限必要と考えられるものに限られることとされているが、それ以外の個人の嗜好に基づくいわゆる「贅沢品」については、費用の徴収ができないのか。

（回答）　サービス提供とは関係のない費用として徴収は可能である。

（問３）　個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、例えば病院の売店で利用者が購入する場合であってもその費用は「その他の日常生活費」に該当するのか。

（回答）　このような場合は、「サービス提供の一環として提供される便宜」とは言い難いので、「その他の日常生活費」に該当しない。

（問４）　個人用の日用品については、一般的に要介護者等の日常生活に必要と考えられるものであれば、ある利用者の個別の希望に応じて事業者等が当該利用者の代わりにある日用品を購入し、その購入代金を利用者に請求する場合も「その他の日常生活費」に該当するのか。

（回答）　個人のために単に立替払いをするような場合は、事業者等として提供する便宜とはいえず、その費用は「その他の日常生活費」に該当しないため、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

（問７）　個人の希望に応じて事業者等が代わって購入する新聞、雑誌等の代金は、教養娯楽に係る「その他の日常生活費」に該当するか。

（回答）　全くの個別の希望に応える場合は事業者等として提供する便宜とは言えず、その費用は「その他の日常生活費」に該当せず、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

（問８）　事業者等が実施するクラブ活動や行事における材料費等は、「その他の日常生活費」に該当するか。

（回答）　事業者等が、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のうち、一般的に想定されるもの（例えば、作業療法等機能訓練の一環として行われるクラブ活動や入所者等が全員参加する定例行事）における材料費等は保険給付の対象に含まれることから別途徴収することはできないが、サービスの提供の一環として実施するクラブ活動や行事のために調達し、提供する材料であって、利用者に負担させることが適当と認められるもの（例えば、習字、お花、絵画、刺繍等のクラブ活動等の材料費）に係る費用は、教養娯楽に要する費用として「その他の日常生活費」に該当する。なお、事業者等が実施するクラブ活動や行事であっても、一般的に想定されるサービスの提供の範囲を超えるもの（例えば、利用者の趣味的活動に関し事業者等が提供する材料等や、希望者を募り実施する旅行等）に係る費用については、サービス提供とは関係のない費用として徴収を行うこととなる。

【介護報酬等に係るQ&A vol.２（平成12年４月28日）】

（問Ⅰ(1) ⑤7）

通所介護（通所リハビリテーション）で、食材料費を徴収しないことがあるが、このような取扱いはよろしいか。

（回答）　指定通所リハビリテーション事業者は、運営に関する基準において1割の利用者負担とは別に食材料費等の費用の支払いを受けることができると規定している。従って、食費実費を取らないことをもって運営基準に違反することとはならないが、食材料費のように実際に相当の費用負担があるものについて、利用者からその実費相当の支払を受けず、その分を他の費用へ転嫁することによってサービスの質が低下するような事態であれば問題である。なお、事業者が徴収する利用料については、事業者毎に定める運営規定に定め、掲示することとしているので、個々の利用者によって利用料を徴収したり、しなかったりすることは不適当である。

【運営基準等に係るＱ＆Ａ（平成13年３月28日）】

（問Ⅳの３）

通所介護で、おむつを使用する利用者から、おむつの処理に要する費用（廃棄物処理費用）を日常生活に要する費用として徴収することは可能と解するが如何。

（回答）　介護保険施設においては徴収できないが、通所介護では徴収は可能である。（※通所リハビリテーションについても同様）

【平成17年10月改定関係Q&A（平成17年９月７日）】

（問92）　通所系のサービスで、利用者が「ご飯」を自宅から持参し、「おかず」のみを事業所が提供する場合、他の利用者と食費の価格を異ならせることは可能か。また、このような場合、運営規程においてはどのように規定すればよいか。

（回答）　可能である。その際には、入所者との契約事項を、運営規程の中でお示しいただければ足りるものである。

（問95）　突発的な事情により食事をとらない日が発生した場合に、利用者負担を徴収しても差し支えないか。
（回答）　食費は利用者との契約で定められるものであるが、あらかじめ利用者から連絡があれば食事を作らないことは可能であり、また、利用者の責に帰さない事情によりやむを得ずキャンセルした場合に徴収するかどうかは、社会通念に照らして判断すべきものと考えている。

【平成18年４月改定関係Q&A(vol.１)（平成18年３月22日】】
（問15）　これまで急なキャンセルの場合又は連絡がない不在の場合はキャンセル料を徴収することができたが、月単位の介護報酬となった後もキャンセル料を徴収することは可能か。また、キャンセルがあった場合においても、報酬は定額どおりの算定が行われるのか。
（回答）キャンセルがあった場合においても、介護報酬上は定額どおりの算定がなされることを踏まえると、キャンセル料を設定することは想定しがたい。

※　利用者のキャンセルにより結果的に月に１回の利用もなくなり介護報酬を算定できない場合や、介護保険外の費用（食費等）についてはキャンセル料を徴収できます。ただし、運営規程、重要事項説明書、契約書、料金表等にキャンセル料の徴収要件や金額を記載するとともに、事前に利用者に説明し、同意を得ていることが前提です。

【指導事例】
・利用者全員が希望したとして、利用者全員が一律に使用するシャンプー・石けんやタオルのリネン費用を身の回り品の費用として徴収していた。
　→　すべての利用者に対して一律に提供するものについては、その他日常生活費として徴収することはできません。
・プログラムの一環として利用者全員が参加する機能訓練で使用する材料費について、利用者から一律に徴収していた。
　→　すべての利用者に対して一律に提供するものについては、その他日常生活費として徴収することはできません。

＜介護報酬の利用者負担分＞
・利用者負担として、１割、２割又は３割相当額の支払いを受けなければなりません。
・利用者の負担割合は、保険者（市町村）が利用者に交付する「介護保険負担割合証」により確認してください。

＜領収書＞
・通所リハビリテーションの提供に要した費用について、利用者から支払いを受けたものについては、それぞれ個別の費用に区分した上で、領収書を交付しなければなりません。

【ポイント】
ア　利用者負担を免除することは、指定の取消等を直ちに検討すべきとされる重大な基準違反です。
イ　当該サービスの内容及び費用について、利用者又は家族に対し、あらかじめ説明を行い、利用者の同意を得なければなりません。（この場合も、同意は文書により行います。）
ウ　領収書又は請求書には、サービスを提供した日や請求単位等、利用者が支払う利用料、日常生活費、通所リハビリテーションサービスの提供範囲外の費用等の内訳がわかるように区分してください。

（３）保険給付の請求のための証明書の交付[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第22条準用)、予防条例第124条(第52条の２準用)

法定代理受領サービスに該当しない指定（介護予防）通所リハビリテーションに係る利用料の支払いを受けた場合には、提供した指定（介護予防）通所リハビリテーションサービスの内容、費用の額その他利用者が保険給付を保険者に対して請求する上で必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければなりません。

（４）利用者に関する市町村への通知[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第27条準用)、予防条例第124条(第52条の３準用)

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）通所リハビリテーションを受けている利用者が次の各号のいずれかに該当する場合には、遅滞なく、意見を付してその旨を市町村に通知しなければならない。

（１） 正当な理由なく指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用に関する指示に従わないことにより、要介護状態の程度を増進させたと認められるとき。

（２） 偽りその他不正な行為によって保険給付を受け、又は受けようとしたとき。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ｉ３（15）参照）】

偽りその他不正な行為によって保険給付を受けた者及び自己の故意の犯罪行為又は重大な過失等により、要介護状態又はその原因となった事故を生じさせるなどした者については、市町村が、法第22条第１項に基づく既に支払った保険給付の徴収又は法第64条に基づく保険給付の制限を行うことができることにかんがみ、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が、その利用者に関し、保険給付の適正化の観点から市町村に通知しなければならない事由を列記したものです。

（５）緊急時等の対応[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第28条準用)、予防条例第124条(第53条準用)

サービス提供時に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡その他の必要な措置を講じなくてはなりません。

【ポイント】

・緊急時の主治医等の連絡先を把握している必要があります。

４　事業運営

（１）管理者等の責務[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第142条、予防条例第120条

１　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる。

２　指定通所リハビリテーション事業所の管理者又は前項の規定により管理を代行する者は、当該指定通所リハビリテーション事業所の従業者にこの節の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

【解釈通知（第３Ⅶ３（３））】

居宅条例第142条第１項は、指定通所リハビリテーション事業所の管理者は、医師、理学療法士、作業療法士又は専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護師のうちから選任した者に、必要な管理の代行をさせることができる旨を明記したものです。

この場合、組織図等により、指揮命令系統を明確にしておく必要があります。

【ポイント】

＜従業者の勤務管理＞

・タイムカード等によって出勤状況を確認できるようにしてください。

・基準以上の人員配置になるよう、勤務ローテーションを組んでください。

・従業者との雇用関係が確認できるよう雇用契約書等を事業所に保管してください。
・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員等資格が必要な職種については、資格を確認し、資格証等の写しを事業所で保管してください。

＜労働関係法令の遵守＞

労働関係法令については、労働基準監督署等に相談するなどして適正な事業運営を行ってください。

（２）運営規程[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第143条、予防条例第121条

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所ごとに、次に掲げる事業の運営についての重要事項に関する規程（以下この章において「運営規程」という。）を定めなければならない。

（１） 事業の目的及び運営の方針
（２） 従業者の職種、員数及び職務の内容
（３） 営業日及び営業時間
（４） 指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用定員
（５） 指定（介護予防）通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額
（６） 通常の事業の実施地域
（７） サービスの利用に当たっての留意事項
（８） 非常災害対策
（９） 虐待の防止のための措置に関する事項
(10) その他運営に関する重要事項(「事故発生時の対応」、「従業者及び退職後の秘密保持」、「苦情・相談体制」、「衛生管理」、「従業者の研修」等)

【解釈通知（第３Ⅶ３（４））（第３Ⅵ３（４）ア参照）】

指定（介護予防）通所リハビリテーションの事業の適正な運営及び利用者に対する適切な指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を確保するため、同条第１号から第11号までに掲げる事項を内容とする規程を定めることを指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所ごとに義務付けたものですが、特に次の点に留意するものとします。

ア　営業日及び営業時間（第３号）

指定（介護予防）通所リハビリテーションの営業日及び営業時間を記載すること。

なお、８時間以上９時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行う指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所では、サービス提供時間とは別に当該延長サービスを行う時間を運営規程に明記すること。

例えば、提供時間帯（９時間）の前に連続して１時間、後に連続して２時間、合計３時間の延長サービスを行う指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所では、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の営業時間は12時間ですが、運営規程には、提供時間帯９時間、延長サービスを行う時間３時間とそれぞれ記載すること。

イ　指定（介護予防）通所リハビリテーションの利用定員（第４号）

利用定員とは、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所において同時に指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を受けることができる利用者の数の上限をいうものであること。

ウ　指定（介護予防）通所リハビリテーションの内容及び利用料その他の費用の額（第５号）

「指定（介護予防）通所リハビリテーションの内容」については、入浴、食事の有無等のサービスの内容を指すものであること。

エ　サービスの利用に当たっての留意事項（第７号）

利用者が指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を受けるときに、利用者側が留意すべき事項（機能訓練室を利用する際の注意事項等）を指すものであること。

オ　非常災害対策（第９号）

非常災害対策の非常災害に関する具体的計画を指すものであること。

【ポイント】

運営規程は事業所の指定申請の際に作成しています。

指定後は、事業所名称、所在地、営業日、従業者の職種、員数、利用料等の内容の変更の都度、運営規程も修正しておく必要があります。（修正した年月日、内容を最後尾の附則に記載することで、いつ、どのように変更されたか分かるようになります。）

＜虐待の防止のための措置に関する事項＞

・ 虐待の防止に係る、組織内の体制（責任者の選定、従業者への研修方法や研修計画等）や虐待又は虐待が疑われる事案（以下「虐待等」という。）が発生した場合の対応方法等を指す内容としてください。

（３）勤務体制の確保等[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第108条準用)、予防条例第121条の２

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、利用者に対し適切な指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供できるよう、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所ごとに、（介護予防）通所リハビリテーション従業者の勤務の体制を定めなければならない。

2　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所ごとに、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の（介護予防）通所リハビリテーション従業者によって指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供しなければならない。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りでない。

3　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、（介護予防）通所リハビリテーション従業者の資質の向上のため、研修の機会を確保しなければならない。この場合において、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、全ての（介護予防）通所リハビリテーション従業者（看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、法第８条第２項に規定する政令で定める者等の資格を有する者その他これに類する者を除く。）に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じなければならない。

4　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、適切な指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより（介護予防）通所リハビリテーション従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じなければならない。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ⅵ３（５）参照）】

利用者に対する適切な指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を確保するため、職員の勤務体制等について規定したものですが、このほか次の点に留意するものとします。

ア　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所ごとに、原則として月ごとの勤務表を作成し、（介護予防）通所リハビリテーション従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、専従の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の配置、管理者との兼務関係等を明確にすること。

イ　同条第２項は、原則として、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の従業者たる（介護予防）通所リハビリテーション従業者によって指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供するべきであるが、調理、洗濯等の利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことを認めるものでること。

ウ　同条第３項前段は、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の従業者の質の向上を図るため、研修機関が実施する研修や当該事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保することとしたものです。

また、同項後段は、介護サービス事業者に、介護に直接携わる職員のうち、医療・福祉関係の資格を有さない者について、認知症介護基礎研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務づけることとしたものであり、これは、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものです。

当該義務付けの対象とならない者は、各資格のカリキュラム等において、認知症介護に関する基礎的な知識及

び技術を習得している者とすることとし、具体的には、同条第３項において規定されている看護師、准看護師、介護福祉士、介護支援専門員、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者、生活援助従事者研修修了者に加え、介護職員基礎研修課程又は訪問介護員養成研修一級課程・二級課程修了者、社会福祉士、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、精神保健福祉士、管理栄養士、栄養士、あん摩マッサージ師、はり師、きゅう師等とします。

エ　同条第４項は、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第11条第１項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律（昭和41年法律第132号）第30条の２第１項の規定に基づき、事業主には、職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメント（以下「職場におけるハラスメント」という。）の防止のための雇用管理上の措置を講じることが義務づけられていることを踏まえ、規定したものです。事業主が講ずべき措置の具体的内容及び事業主が講じることが望ましい取組については、次のとおりとします。なお、セクシュアルハラスメントについては、上司や同僚に限らず、利用者やその家族等から受けるものも含まれることに留意してください。

（ア）　事業主が講ずべき措置の具体的内容

事業主が講ずべき措置の具体的な内容は、事業主が職場における性的な言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（平成18年厚生労働省告示第615号）及び事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針（令和２年厚生労働省告示第５号。以下「パワーハラスメント指針」という。）において規定されているとおりですが、特に留意されたい内容は以下のとおりです。

ａ　事業主の方針等の明確化及びその周知・啓発

職場におけるハラスメントの内容及び職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化し、従業者に周知・啓発すること。

ｂ　相談（苦情を含む。以下同じ。）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備

相談に対応する担当者をあらかじめ定めること等により、相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、労働者に周知すること。

なお、パワーハラスメント防止のための事業主の方針の明確化等の措置義務については、女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等の一部を改正する法律（令和元年法律第24号）附則第３条の規定により読み替えられた労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の２第１項の規定により、中小企業（医療・介護を含むサービス業を主たる事業とする事業主については資本金が5000万円以下又は常時使用する従業員の数が100人以下の企業）は、令和４年４月１日から義務化となり、それまでの間は努力義務とされていますが、適切な勤務体制の確保等の観点から、必要な措置を講じるよう努めてください。

（イ）　事業主が講じることが望ましい取組について

パワーハラスメント指針においては、顧客等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）の防止のために、事業主が雇用管理上の配慮として行うことが望ましい取組の例として、①相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備、②被害者への配慮のための取組（メンタルヘルス不調への相談対応、行為者に対して１人で対応させない等）及び③被害防止のための取組（マニュアル作成や研修の実施等、業種・業態等の状況に応じた取組）が規定されています。介護現場では特に、利用者又はその家族等からのカスタマーハラスメントの防止が求められていることから、（ア）（事業主が講ずべき措置の具体的内容）の必要な措置を講じるにあたっては、「介護現場におけるハラスメント対策マニュアル」、「（管理職・職員向け）研修のための手引き」等を参考にした取組を行うことが望ましいものとします。この際、上記マニュアルや手引きについては、以下の厚生労働省ホームページに掲載しているので参考にしてください。

（https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05120.html）

【国Ｑ＆Ａ】

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.３）（令和３年３月26日）】

（問３）　養成施設及び福祉系高校で認知症に係る科目を受講したが介護福祉士資格は有していない者は、義務づけの対象外とすることが可能か。

（回答）　養成施設については卒業証明書及び履修科目証明書により、事業所及び自治体が認知症に係る科目を受講していることが確認できることを条件として対象外とする。なお、福祉系高校の卒業者については、認

知症に係る教育内容が必修となっているため、卒業証明書により単に卒業が証明できれば対象外として差し支えない。

（問４）　認知症介護実践者研修の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。
（回答）　認知症介護実践者研修、認知症介護実践リーダー研修、認知症介護指導者研修等の認知症の介護等に係る研修を修了した者については、義務づけの対象外として差し支えない。

（問５）　認知症サポーター等養成講座の修了者については、義務づけの対象外とすることが可能か。
（回答）　認知症サポーター等養成講座は、認知症について正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者を養成するものであるが、一方で、認知症介護基礎研修は認知症介護に携わる者が認知症の人や家族の視点を重視しながら、本人主体の介護を実施する上での、基礎的な知識・技術及び理念を身につけるための研修であり、その目的・内容が異なるため、認知症サポーター等養成講座修了者は、義務付けの対象外とはならない。

（問７）　外国人介護職員についても、受講が義務づけられるのか。
（回答）　ＥＰＡ介護福祉士、在留資格「介護」等の医療・福祉関係の有資格者を除き、従業員の員数として算定される従業者であって直接介護に携わる可能性がある者については、在留資格にかかわらず、義務づけの対象となる。

（問８）　外国人技能実習生が認知症介護基礎研修を受講する場合、技能実習計画には記載する必要があるのか。
（回答）　認知症介護基礎研修は、法令等に基づき受講が義務づけられるものであることから、技能実習制度運用要領第４章第２節第３（２）を踏まえ、技能実習計画への記載は不要である（令和６年３月までの間、努力義務として行う場合も同様。）。なお、受講に係る給与や時間管理が通常の技能実習と同様に行われることや、研修の受講状況について、技能実習指導員が適切に管理することが必要である。

（問９）　事業所が外国人技能実習生に認知症介護基礎研修を受講させる場合、入国後講習中や新型コロナウイルス感染症対策のための入国後14日間の自宅等待機期間中に受講させてもよいか。
（回答）
・入国後講習中の外国人技能実習生については、入国後講習の期間中は業務に従事させないこととされていることから、認知症介護基礎研修を受講させることはできない。一方、新型コロナウイルス感染症対策のための入国後14日間の自宅等待機期間中であって入国後講習中ではない外国人技能実習生については、受入企業との間に雇用関係がある場合に限り、認知症介護基礎研修（オンラインで実施されるものに限る。）を受講させることができる。
・なお、実際の研修受講にあたっての取扱い等（※）については、実施主体である都道府県等により異なる場合があることにご留意いただきたい。
（※）研修の受講方法（ｅラーニング、Zoom等による双方向型のオンライン研修、集合研修）、料金（補助の有無等）、受講枠など

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）】
（問155）　受講義務付けの対象外となる医療・福祉関係の資格について、日本以外の国の医療・福祉系の資格を保有している者は受講が免除となるか。
（回答）　日本以外の国の医療・福祉系の資格を持つ者については、免除とはならない。

（問156）　柔道整復師、歯科衛生士については、受講義務付けの対象外か。
（回答）　柔道整復師、歯科衛生士ともに、受講義務付けの対象外として差し支えない。

（問157）　訪問介護員（ヘルパー）研修３級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格については、受講義務付けの対象外か。

（回答）　訪問介護員（ヘルパー）研修３級過程修了者、社会福祉主事、民間事業者が実施する認知症関連の資格ともに、受講義務付けの対象となる。

（問158）　介護保険外である有料老人ホーム等の施設職員や、病院に勤務している者も受講義務付けの対象となるか。

（回答）　特定施設では無い、介護保険の対象外である病院勤務の職員は受講義務づけの対象外である。なお、介護現場の質向上ために受講することについては差し支えない。

（問159）　当該研修を受講していない者を雇用しても問題ないか。その際、運営基準違反にあたるのか。

（回答）　当該研修の義務付けは、雇用の要件に係るものではなく、事業者が介護に直接携わる職員に対し、研修を受講させるために必要な措置を講じることを義務付けているものである。したがって、介護に直接携わる職員として研修を受講していない者を雇用する場合でも、運営基準違反にはあたらない。なお、新卒採用、中途採用を問わず、新たに採用した医療・福祉関係資格を有さない従業者に関する義務付けについては、採用後１年間の猶予期間を設けている。

（問160）　事業所において、人員基準以上に加配されている介護職員で、かつ、介護に直接携わる者が研修を受講していない場合、運営基準違反にあたるのか。

（回答）

・ 貴見のとおり。
・ 本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施しているものであり、介護に直接携わる職員であれば、人員配置基準上算定されるかどうかにかかわらず、受講義務付けの対象となる。

（問161）　「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」とは、具体的にどのような内容か。

（回答）　「認知症介護基礎研修を受講させるための必要な措置」については、受講料の負担や、勤務時間内に受講出来るような配慮（シフトの調整等）、インターネット環境の整備等、様々な措置を想定している。

（問162）　現在介護現場で就業していない者や、介護に直接携わっていない者についても義務付けの対象となるか。

（回答）　現在介護現場で就業していない者や直接介護に携わる可能性がない者については、義務付けの対象外であるが、本研修は、介護に関わる全ての者の認知症対応力を向上させ、認知症についての理解の下、本人主体の介護を行い、認知症の人の尊厳の保障を実現していく観点から実施するものであり、介護現場の質向上ために受講することについては差し支えない。

（問163）　母国語が日本語以外の者を対象とした教材はあるか。

（回答）　日本語以外の教材については、英語、ベトナム語、インドネシア語、中国語、ビルマ語の eラーニングシステムを整備している。また、日本語能力試験のN4レベルを基準とした教材も併せて整備している。

（参考）認知症介護基礎研修 eラーニングシステム（認知症介護研究・研修仙台センターホームページ）
https://dcnet.marutto.biz/e-learning/languages/select/

→　介護情報サービスかながわ
文書/カテゴリ検索
５．国・県の通知
介護現場におけるハラスメントについて
(https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-3.html?topid=6&id=1096)

（４）業務継続計画の策定等[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第32条の２準用)、予防条例第124条（第55条の２の２準用）

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

2　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、（介護予防）通所リハビリテーション従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

3　指定訪問介護事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

【解釈通知（第３Ⅶ３（５））】

ア　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を受けられるよう、指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定するとともに、当該業務継続計画に従い、登録訪問介護員等を含めて、（介護予防）通所リハビリテーション従業者に対して、必要な研修及び訓練（シミュレーション）を実施しなければならないこととしたものです。なお、業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、居宅条例第32条の２に基づき事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましいものとします。

イ　業務継続計画には、以下の項目等を記載しなければなりません。なお、各項目の記載内容については、「介護施設・事業所における感染症発生時の業務継続ガイドライン」及び「介護施設・事業所における自然災害発生時の業務継続ガイドライン」を参照してください。また、想定される災害等は地域によって異なるものであることから、項目については実態に応じて設定することとします。なお、感染症及び災害の業務継続計画を一体的に策定することを妨げるものではありません。さらに、感染症に係る業務継続計画並びに感染症の予防及びまん延の防止のための指針については、それぞれに対応する項目を適切に設定している場合には、一体的に策定することとして差支えありません。

（ア）　感染症に係る業務継続計画

a　平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）

b　初動対応

c　感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）

（イ）　災害に係る業務継続計画

a　平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）

b　緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）

c　他施設及び地域との連携

ウ　研修の内容は、感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を職員間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応にかかる理解の励行を行うものとします。

　職員教育を組織的に浸透させていくために、定期的（年１回以上）な教育を開催するとともに、新規採用時には別に研修を実施することが望ましいものとします。また、研修の実施内容についても記録してください。なお、感染症の業務継続計画に係る研修については、感染症の予防及びまん延の防止のための研修と一体的に実施することも差し支えありません。

エ　訓練（シミュレーション）においては、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的（年１回以上）に実施するものとします。なお、感染症の業務継続計画に係る訓練については、感染症の予防及びまん延の防止のための訓練と一体的に実施することも差し支えありません。

　訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問いませんが、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせなが

ら実施することが適切です。

【ポイント】

・　業務継続計画の策定、研修及び訓練の実施については、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。また、感染症や災害が発生した場合には、従業者が連携し取り組むことが求められることから、研修及び訓練の実施にあたっては、全ての従業者が参加できるようにすることが望ましいものとします。

→　参考　厚生労働省

介護施設・事業所における業務継続計画（ＢＣＰ）作成支援に関する研修

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/douga_00002.html

社会福祉施設・事業所における新型インフルエンザ等発生時の業務継続ガイドラインなど

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000108629.html

（５）定員の厳守[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第109条準用)、予防条例第121条の３

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、利用定員を超えて指定通所リハビリテーションの提供を行ってはならない。ただし、災害その他のやむを得ない事情がある場合は、この限りでない。

（６）　非常災害対策の厳守[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第146条(第110条準用)、予防条例第121条の４

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、非常災害に関する具体的な計画を定め、非常災害時における関係機関への通報体制及び関係機関との連携体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難訓練、救出訓練その他必要な訓練を行わなければならない。

2　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めなければならない。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ⅵ３（７）参照）】

ア　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、非常災害に際して必要な具体的計画の策定、関係機関への通報及び連携体制の整備、避難、救出訓練の実施等の対策の万全を期さなければならないこととします。関係機関への通報及び連携体制の整備とは、火災等の災害時に、地域の消防機関へ速やかに通報する体制をとるよう従業員に周知徹底するとともに、日頃から消防団や地域住民との連携を図り、火災等のときに消化・避難等に協力してもらえるような体制作りを求めることとしたものです。なお「非常災害に関する具体的計画」とは、消防法施行規則第３条の消防計画（これに準ずる計画を含む。）及び風水害、地震等の災害に対処するための計画をいいます。この場合、消防計画の策定及びこれに基づく消防業務の実施は、消防法第８条の規定により防火管理者を置くこととされている指定通所リハビリテーション事業所にあってはその者に行わせるものとします。また、防火管理者を置かなくてもよいこととされている指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所においても、防火管理について責任者を定め、その者に消防計画に準ずる計画の樹立等の業務を行わせるものとします。

イ　同条第２項は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が前項に規定する避難、救出その他の訓練の実施に当たって、できるだけ地域住民の参加が得られるよう努めることとしたものであり、そのためには、日頃から地域住民との密接な連携体制を確保するなど、訓練の実施に協力を得られる体制づくりに努めることが必要です。訓練の実施に当たっては、消防関係者の参加を促し、具体的な指示を仰ぐなど、より実効性のあるものとしてください。

→　消防機関と連携・相談し、適切な措置を講じてください。

（７）衛生管理等[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第144条、予防条例第122条

１　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、利用者の使用する施設、食器その他の設備及び飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、及び衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療機器の管理を適正に行わなければならない。

２　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じなければならない。

（１）　当該（介護予防）指定通所リハビリテーション事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、（介護予防）通所リハビリテーション従業者に周知徹底を図ること。

（２）　当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備すること。

（３）　当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所において、（介護予防）通所リハビリテーション従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施すること。

【解釈通知（第３Ⅶ３（６））】

ア　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の必要最低限の衛生管理等を規定したものですが、このほか、次の点に留意するものとします。

(ア)　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携を保つこと。

(イ)　特にインフルエンザ対策、腸管出血性大腸菌感染症対策、レジオネラ症対策等については、その発生及びまん延を防止するための措置について、別途通知等が発出されていますので、これに基づき、適切な措置を講じること。

(ウ)　医薬品の管理については、当該指定通所リハビリテーション事業所の実情に応じ、地域の薬局の薬剤師の協力を得て行うことも考えられること。

(エ)　空調設備等により施設内の適温の確保に努めること。

イ　同条第２項に規定する感染症が発生し、又はまん延しないように講ずべき措置については、具体的には次の(ア)から(ウ)までの取扱いとします。各事項について、同項に基づき事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。

(ア)　感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会

当該事業所における感染対策委員会であり、感染対策の知識を有する者を含む、幅広い職種により構成することが望ましく、特に、感染症対策の知識を有する者については外部の者も含め積極的に参画を得ることが望ましいものとします。構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、感染対策担当者を決めておくことが必要です。感染対策委員会は、利用者の状況など事業所の状況に応じ、おおむね６月に１回以上、定期的に開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催する必要があります。

感染対策委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

なお、感染対策委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。

(イ)　感染症の予防及びまん延の防止のための指針

当該事業所における「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」には、平常時の対策及び発生時の対応を規定します。

平常時の対策としては、事業所内の衛生管理（環境の整備等）、ケアにかかる感染対策（手洗い、標準的な予

防策）等、発生時の対応としては、発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等が想定されます。また、発生時における事業所内の連絡体制や上記の関係機関への連絡体制を整備し、明記しておくことも必要です。

なお、それぞれの項目の記載内容の例については、「介護現場における感染対策の手引き」を参照してください。

（ウ） 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練

（介護予防）通所リハビリテーション従業者に対する「感染症の予防及びまん延の防止のための研修」の内容は、感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行うものとします。

職員教育を組織的に浸透させていくためには、当該事業所が定期的な教育（年１回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施することが望ましいものとします。また、研修の実施内容についても記録することが必要です。

なお、研修の実施は、厚生労働省「介護施設・事業所の職員向け感染症対策力向上のための研修教材」等を活用するなど、事業所内で行うものでも差し支えなく、当該事業所の実態に応じ行ってください。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について、訓練（シミュレーション）を定期的（年１回以上）に行うことが必要です。訓練においては、感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などを実施するものとします。

訓練の実施は、机上を含めその実施手法は問いませんが、机上及び実地で実施するものを適切に組み合わせながら実施することが適切です。

【ポイント】

ア　従業員に対し健康診断等を実施し、健康状態について把握してください。

イ　食事の提供を行う場合には、食中毒対策が必要です。

ウ　入浴を行う場合には、レジオネラ症等の感染症対策が必要です。

※　定期的な教育を行うとともに、新規採用時には必ず感染症対策研修を実施すること等が重要です。
また、研修の実施内容については記録が必要です。

- 食中毒・感染症の発生防止のための措置については、必要に応じ保健所の助言、指導を求めてください。
- インフルエンザ、Ｏ－１５７、レジオネラ症の対策については、別途通知が出ています。
- 新型コロナウイルス感染症の対策については、最新の通知等を確認してください。
  厚生労働省　介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について
  https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html
- 介護情報サービスかながわ　https://kaigo.rakuraku.or.jp/
  文書/カテゴリ検索
  １１．安全衛生管理・事故関連・防災対策
  新型コロナウイルス感染症にかかる情報
- 介護保険サービス従事者向けの感染対策に関する研修　（厚労省）
  https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kansentaisaku_00001.html

（８）掲示[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条（第34準用）、予防条例第124条（第55条の４準用）

１　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の見やすい場所に、運営規程の概要、（介護予防）通所リハビリテーションの従業者の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項（以下この条において「重要事項」という。）を掲示しなければならない。

２　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、重要事項を記載した書面を当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所に備え付け、かつ、これをいつでも関係者に自由に閲覧させ

ることにより、前項の規定による掲示に代えることができる。

3　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、原則として、重要事項をウェブサイトに掲載しなければならない。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ｉ３（24）参照）】

ア　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、運営規程の概要、（介護予防）通所リハビリテーションの従業者の勤務体制、事故発生時の対応、苦情処理の体制、提供するサービスの第三者評価の実施状況（実施の有無、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況）等の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の見やすい場所に掲示することを規定したものです。また、同条第３項は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所は、原則として、重要事項を当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者のウェブサイトに掲載することを規定したものですが、ウェブサイトとは、法人のホームページ等又は介護サービス情報公表システムのことをいいます。なお、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、重要事項の掲示及びウェブサイトへの掲載を行うにあたり、次に掲げる点に留意する必要があります。

（ア）　事業所の見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所であること。

（イ）　（介護予防）通所リハビリテーションの従業者の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、（介護予防）通所リハビリテーションの従業者の氏名まで掲示することを求めるものではありません。

（ウ）　介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第140条の44各号に掲げる基準に該当する指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所については、介護サービス情報制度における報告義務の対象ではないことから、居宅条例第34条第３項の規定によるウェブサイトへの掲載は行うことが望ましいこととします。なお、ウェブサイトへの掲載を行わない場合も、同条第１項の規定による掲示は行う必要があるが、これを同条第２項や居宅条例第277条第１項の規定に基づく措置に代えることができることとします。

イ　重要事項を記載したファイル等を介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族等が自由に閲覧可能な形で当該指定訪問介護事業所内に備え付けることで同条第１項の掲示に代えることができることを規定したものです。

【ポイント】

- 掲示すべき内容は重要事項説明書に網羅されていますので、重要事項説明書を掲示用に加工して掲示している事業所が多いようです。
- 事業所の利用者が見やすい場所とは、重要事項を伝えるべき介護サービスの利用申込者、利用者又はその家族に対して見やすい場所です。
- 従業者の勤務体制については、職種ごと、常勤・非常勤ごと等の人数を掲示する趣旨であり、従業者の氏名まで掲示することを求めるものではありません。

（９）秘密保持等[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第35条準用)、予防条例第124条(第55条の５準用)

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の従業者は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。

2　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じなければならない。

3　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は当該利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得なければならない。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ｉ３（25）参照）】

ア　居宅条例第35条第１項は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の（介護予防）通所リハビリテーションの従業者に、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密の保持を義務付けたものです。

イ　同条第２項は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者に対して、過去に当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の（介護予防）通所リハビリテーションの従業者であった者が、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を取ることを義務付けたものであり、具体的には、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の（介護予防）通所リハビリテーションの従業者が、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用時等に取り決め、例えば違約金についての定めをおくなどの措置を講ずべきこととするものです。

ウ　同条第３項は、（介護予防）通所リハビリテーションの従業者がサービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき課題等の個人情報を、介護支援専門員や他のサービスの担当者と共有するためには、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、あらかじめ、文書により利用者又はその家族から同意を得る必要があることを規定したものであるが、この同意は、サービス提供開始時に利用者及びその家族から包括的な同意を得ておくことで足りるものです。

個人情報保護法の遵守について、介護保険事業者の個人情報保護法に関するガイドラインが厚生労働省から出されています。詳細は、インターネットに掲載しています。

＞介護情報サービスかながわ　https://kaigo.rakuraku.or.jp/

＞文書/カテゴリ検索

＞５．国・県の通知

＞個人情報の適切な取扱いについて

（10）居宅介護支援事業者に対する利益供与等の禁止[通所リハ・予防リハ]　居宅条例第146条（第37条準用）、予防条例第124条（第55条の７準用）

居宅介護（介護予防）支援事業者による居宅（介護予防）サービス事業者の紹介が公正中立に行われるよう、居宅介護（介護予防）支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与することは禁じられています。

【ポイント】

このような行為は、指定の取消等を直ちに検討すべきとされる重大な基準違反です。

（11）苦情処理等[通所リハ・予防リハ]　居宅条例第146条（第38条準用）、予防条例第124条（第55条の８準用）

１　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、提供した指定（介護予防）通所リハビリテーションに関する利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口の設置その他の必要な措置を講じなければならない。

２　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、前項の苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録しなければならない。

３　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、提供した指定（介護予防）通所リハビリテーションに関し、法第23条の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め若しくは依頼又は当該市町村の職員からの質問若しくは照会に応じ、利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

４　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、市町村からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を市町村に報告しなければならない。

５　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、提供した指定（介護予防）通所リハビリテーションに係る利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第45条第５項に規定する国民健康保険団体連合会をいう。以下この条において同じ。）

が行う法第176条第１項第３号の調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から同号の規定による指導又は助言を受けた場合には、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

6　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、国民健康保険団体連合会からの求めがあった場合には、前項の改善の内容を国民健康保険団体連合会に報告しなければならない。

＜事業所が苦情を受けた場合＞

利用者及びその家族からの苦情を受け付けた場合は、苦情に対し事業所が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情の受付日、内容を記録しなければなりません。

＜市町村に苦情があった場合＞

市町村から文書その他の物件の提出若しくは提示の求めがあった場合又は市町村の職員からの質問若しくは照会があった場合は、その調査に協力しなければなりません。また、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って、必要な改善を行わなければなりません。

市町村からの求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を市町村に報告しなければなりません。

＜国保連に苦情があった場合＞

利用者からの苦情に関して、国保連が行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従い必要な改善を行わなければなりません。また、国保連から求めがあった場合には、指導又は助言に従って行った改善の内容を国保連に報告しなければなりません。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ｉ３（28）参照）】

ア　「必要な措置」とは、具体的には、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、利用申込者又はその家族にサービスの内容を説明する文書に苦情に対する措置の概要についても併せて記載するとともに、事業所に掲示し、かつ、ウェブサイトに掲載すること等です。なお、ウェブサイトへの掲載に関する取扱いは、第３のＩの３の(24)のアに準ずるものとします。

イ　同条第２項は、利用者及びその家族からの苦情に対し、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が組織として迅速かつ適切に対応するため、当該苦情（指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が提供したサービスとは関係のないものを除きます。）の受付日、その内容等を記録することを義務付けたものです。

また、指定訪問介護事業者は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組を自ら行わなければなりません。

なお、居宅条例第42条第２項の規定に基づき、苦情の内容等の記録は、５年間保存しなければなりません。

ウ　同条第３項は、介護保険法上、苦情処理に関する業務を行うことが位置付けられている国民健康保険団体連合会のみならず、住民に最も身近な行政庁であり、かつ、保険者である市町村が、サービスに関する苦情に対応する必要が生ずることから、市町村についても国民健康保険団体連合会と同様に、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者に対する苦情に関する調査や指導、助言を行えることを運営基準上、明確にしたものです。

【ポイント】

＜利用者からの苦情に対応するための必要な措置＞

「必要な措置」とは、苦情を受け付けるための窓口を設置することのほか、相談窓口、苦情処理の体制及び手順等、当該事業所における苦情を処理するために講ずる措置の概要について明らかにし、これを利用者又はその家族にサービスの内容を説明する文書（重要事項説明書等）に記載するとともに、事業所に掲示すること等です。

→「１　サービス開始の前に（１）　内容及び手続きの説明及び同意」、「４　事業所運営（７）　掲示」参照

＜苦情に対するその後の措置＞

事業所は、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取組みを自ら行わなければなりません。

（12）市町村が実施する事業への協力等　[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第39条準用)、予防条例第124条(第55条の９準用)

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、その事業の運営に当たっては、提供した指定（介護予防）通所リハビリテーションに関する利用者からの苦情に関して市町村等が派遣する者が相談及び援助を行う事業その他の市町村が実施する事業に協力するよう努めなければならない。

2　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して指定（介護予防）通所リハビリテーションを提供する場合には、当該建物に居住する利用者以外の者に対しても指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を行うよう努めなければならない。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ｉ３（29）参照）】

ア　居宅条例第39条第１項は、居宅条例第４条第２項の趣旨に基づき、介護サービス相談員を派遣する事業を積極的に受け入れる等、市町村との密接な連携に努めることを規定したものです。

　なお、「市町村が実施する事業」には、介護サービス相談員派遣事業のほか、広く市町村が老人クラブ、婦人会その他の非営利団体や住民の協力を得て行う事業が含まれるものです。

イ　同条第２項は、高齢者向け集合住宅等と同一の建物に所在する指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所が当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者に指定訪問介護を提供する場合、当該高齢者向け集合住宅等に居住する要介護者のみを対象としたサービス提供が行われないよう、第10条の正当な理由がある場合を除き、地域包括ケア推進の観点から地域の要介護者にもサービス提供を行うよう努めなければならないことを定めたものです。

（13）事故発生時の対応[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第 146 条(第 40 条準用)、予防条例第 124 条(第 55 条の 10 準用)

1　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じなければならない。

2　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、前項の事故の状況及び当該事故に際して採った処置について記録しなければならない。

3　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害を賠償しなければならない。

＜実際に事故が起きた場合＞

・市町村、家族、居宅介護支援事業者へ連絡を行い、必要な措置を講じなければなりません。
・事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する必要があります。
・指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害を賠償しなければなりません。

＜事故になるのを未然に防ぐ＞

・事故原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。
・事故に至らなかったが介護事故が発生しそうになった場合（ヒヤリ・ハット事例）及び現状を放置しておくと介護事故に結びつく可能性が高いものについて事前に情報を集約し、未然防止対策を講じます。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ｉ３（30）参照）】

利用者が安心して指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供を受けられるよう、事故発生時の速やかな対応を規定したものです。指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援

事業者等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じなければならないこととするとともに、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録しなければならないこととしたものです。

また、利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供により賠償しなければならない事故が発生した場合は、速やかに損害を賠償しなければならないこととしたものです。

なお、居宅条例第42条第２項の規定に基づき、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録は、５年間保存しなければなりません。

このほか、以下の点に留意するものとします。

ア　利用者に対する指定（介護予防）通所リハビリテーションの提供により事故が発生した場合の対応方法については、あらかじめ指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が定めておくことが望ましいものとします。

イ　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、賠償しなければならない事態において速やかに賠償を行うため、損害賠償保険に加入しておくか、又は賠償資力を有することが望ましいものとします。

ウ　指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じなければなりません。

【ポイント】

ア　事故が起きた場合の連絡先・連絡方法について、事業所で定め、従業員に周知してください。

イ　少なくとも事業所が所在する市町村については、どのような事故が起きた場合に市町村に報告するかについて把握してください。

ウ　事業所における損害賠償の方法（保険に加入している場合にはその内容）について把握してください。

エ　事故が発生した場合又はそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、**当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を従業者に周知徹底する体制を整備**してください。

具体的に想定されること

- 介護事故等について報告するための様式を整備する。
- 介護職員その他の従業者は、介護事故等の発生、又は発見ごとにその状況、背景等を記録するとともに、イの様式に従い介護事故等について報告すること。
- 事業所において、報告された事例を集計し、分析すること。
- 事例の分析に当たっては、介護事故等の発生時の状況等を分析し、介護事故等の発生原因、結果等をとりまとめ、防止策を検討すること。
- 報告された事例及び分析結果を職員に周知徹底すること。
- 防止策を講じた後に、その効果について評価すること。

→　事故の報告は、市町村に行うことになっています。事業所所在地の市町村、利用者の保険者である市町村に事故報告の範囲・方法について確認してください。

詳細は、インターネットに掲載しています。

かながわ福祉情報コミュニティー

＞介護情報サービスかながわ　https://kaigo.rakuraku.or.jp/

＞文書/カテゴリ検索

＞11. 安全衛生管理・事故関連

＞事故報告

（14）虐待の防止　［通所リハ・予防リハ］
居宅条例第146条（第40条の２準用）、予防条例第124条（第55条の10の２準用）

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じなければならない。

（１）　事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ること。

※委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができます。

（２） 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
（３） 事業所において、従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。
（４） （１）～（３）の措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【解釈通知（第３Ⅶ３（９））（第３Ｉ３（31）参照）】

虐待の防止に関する事項について規定したものです。虐待は、法の目的の一つである高齢者の尊厳の保持や、高齢者の人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高く、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は虐待の防止のために必要な措置を講じなければなりません。虐待を未然に防止するための対策及び発生した場合の対応等については、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（平成17年法律第124号。以下「高齢者虐待防止法」という。）に規定されているところであり、その実効性を高め、利用者の尊厳の保持・人格の尊重が達成されるよう、次に掲げる観点から虐待の防止に関する措置を講じるものとします。

・虐待の未然防止

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は高齢者の尊厳保持・人格尊重に対する配慮を常に心がけながらサービス提供にあたる必要があり、第４条の一般原則に位置付けられているとおり、研修等を通じて、従業者にそれらに関する理解を促す必要があります。同様に、従業者が高齢者虐待防止法等に規定する養介護事業の従業者としての責務・適切な対応等を正しく理解していることも重要です。

・虐待等の早期発見

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所の従業者は、虐待等又はセルフ・ネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見しやすい立場にあることから、これらを早期に発見できるよう、必要な措置（虐待等に対する相談体制、市町村の通報窓口の周知等）がとられていることが望ましいものとします。また、利用者及びその家族からの虐待等に係る相談、利用者から市町村への虐待の届出について、適切な対応をしてください。

・虐待等への迅速かつ適切な対応

虐待が発生した場合には、速やかに市町村の窓口に通報される必要があり、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は当該通報の手続が迅速かつ適切に行われ、市町村等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めることとします。

以上の観点を踏まえ、虐待等の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するために次に掲げる事項を実施するものとします。

ア　虐待の防止のための対策を検討する委員会（第１号）

虐待防止検討委員会は、虐待等の発生の防止・早期発見に加え、虐待等が発生した場合はその再発を確実に防止するための対策を検討する委員会であり、管理者を含む幅広い職種で構成します。構成メンバーの責務及び役割分担を明確にするとともに、定期的に開催することが必要です。また、虐待防止の専門家を委員として積極的に活用することが望ましいものとします。

一方、虐待等の事案については、虐待等に係る諸般の事情が、複雑かつ機微なものであることが想定されるため、その性質上、一概に従業者に共有されるべき情報であるとは限られず、個別の状況に応じて慎重に対応することが重要です。

なお、虐待防止検討委員会は、他の会議体を設置している場合、これと一体的に設置・運営することとして差し支えありません。また、事業所に実施が求められるものですが、他のサービス事業者との連携等により行うことも差し支えありません。

また、虐待防止検討委員会は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守してください。

虐待防止検討委員会は、具体的には、次のような事項について検討することとします。その際、そこで得た結果（事業所における虐待に対する体制、虐待等の再発防止策等）は、従業者に周知徹底を図る必要があります。

（ア） 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関すること
（イ） 虐待の防止のための指針の整備に関すること
（ウ） 虐待の防止のための職員研修の内容に関すること
（エ） 虐待等について、従業者が相談・報告できる体制整備に関すること
（オ） 従業者が高齢者虐待を把握した場合に、市町村への通報が迅速かつ適切に行われるための方法に関する

こと

（カ） 虐待等が発生した場合、その発生原因等の分析から得られる再発の確実な防止策に関すること

（キ） 前号の再発の防止策を講じた際に、その効果についての評価に関すること

イ 虐待の防止のための指針(第２号)

指定訪問介護事業者が整備する「虐待の防止のための指針」には、次のような項目を盛り込むこととします。

（ア） 事業所における虐待の防止に関する基本的考え方

（イ） 虐待防止検討委員会その他事業所内の組織に関する事項

（ウ） 虐待の防止のための職員研修に関する基本方針

（エ） 虐待等が発生した場合の対応方法に関する基本方針

（オ） 虐待等が発生した場合の相談・報告体制に関する事項

（カ） 成年後見制度の利用支援に関する事項

（キ） 虐待等に係る苦情解決方法に関する事項

（ク） 利用者等に対する当該指針の閲覧に関する事項

（ケ） その他虐待の防止の推進のために必要な事項

ウ 虐待の防止のための従業者に対する研修（第３号）

従業者に対する虐待の防止のための研修の内容としては、虐待等の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するものであるとともに、当該指定訪問介護事業所における指針に基づき、虐待の防止の徹底を行うものとします。

職員教育を組織的に徹底させていくためには、当該指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者が指針に基づいた研修プログラムを作成し、定期的な研修（年１回以上）を実施するとともに、新規採用時には必ず虐待の防止のための研修を実施することが重要です。

また、研修の実施内容についても記録することが必要です。研修の実施は、事業所内での研修で差し支えありません。

エ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者（第４号）

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所における虐待を防止するための体制として、アからウまでに掲げる措置を適切に実施するため、担当者を置くことが必要です。当該担当者としては、虐待防止検討委員会の責任者と同一の従業者が務めることが望ましいものとします。

なお、同一事業所内での複数担当(※)の兼務や他の事業所・施設等との担当（※）の兼務については、担当者としての職務に支障がなければ差し支えありません。ただし、日常的に兼務先の各事業所内の業務に従事しており、利用者や事業所の状況を適切に把握している者など、各担当者としての職務を遂行する上で支障がないと考えられる者を選任することとします。

(※) 身体的拘束等適正化担当者、褥瘡予防対策担当者（看護師が望ましい。）、感染対策担当者（看護師が望ましい。）、事故の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者、虐待の発生又はその再発を防止するための措置を適切に実施するための担当者

→ 参考 厚生労働省

厚生労働分野における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン等

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

（15）会計の区分[通所リハ・予防リハ]
居宅条例第146条(第41条準用)、予防条例第124条(第55条の11準用)

指定（介護予防）通所リハビリテーション事業者は、指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所ごとに経理を区分するとともに、指定（介護予防）通所リハビリテーションの事業の会計とその他の事業の会計を区分しなければならない。

【ポイント】

・ 具体的な会計処理等の方法については、「介護保険の給付対象事業における会計の区分について（平成13年３月28日老振発第18号）」を参照して下さい。

（16）記録の整備[通所リハ・予防リハ]

居宅条例第145条、予防条例第123条

指定通所リハビリテーション事業者は、従業者、設備、備品及び会計に関する記録を整備しなければならない。

指定通所リハビリテーション事業者は、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供に関する次に掲げる記録を整備し、その完結の日から５年間保存しなければならない。

① （介護予防）通所リハビリテーション計画
② 提供した具体的なサービスの内容等の記録
③ 身体的拘束等の態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由の記録
④ 市町村への通知に係る記録
⑤ 苦情の内容等の記録
⑥ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

【解釈通知（第３Ⅶ３（８））】

・ 居宅条例第145条第２項は、指定通所リハビリテーション事業所が同項各号に規定する記録を整備し、５年間保存しなければならないこととしたものです。
・ なお、「その完結の日」とは、個々の利用者につき、契約終了（契約の解約・解除、他の施設への入所、利用者の死亡、利用者の自立等）により一連のサービス提供が終了した日を指すものとします。
・ また、同項の指定通所リハビリテーションの提供に関する記録には診療記録及びリハビリテーション会議の記録が含まれます。

【ポイント】

提供した個々のサービスの内容等の記録として、次の書類を整備しておきましょう。

1 重要事項説明書
2 契約書
3 各種計画書
4 アセスメントの記録
5 居宅サービス計画
6 業務日誌（サービス提供日、サービス提供開始時刻、サービス提供終了時刻、利用者名、サービス提供者名（職種ごとに記載）、サービス提供の状況（送迎、入浴、食事摂取、バイタル、レクリエーションの内容）、その他）
7 記録（利用者の様子、目標等の達成状況、その他）
8 送迎記録
9 請求書・領収書の控え

Ⅵ　介護報酬請求上の注意点について

◎　通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーションの報酬算定にかかる体制届提出要否一覧表(厚告19、厚労告127)

加算名	通所 リハビリテーション	介護予防通所 リハビリテーション	県への届出
(1)　事業所規模の変更	○		必要
(2)　定員超過による減算	○	○	必要
(3)　職員の人員欠如による減算	○	○	必要
(4)　高齢者虐待防止措置未実施減算	○	○	必要
(5)　業務継続計画未策定減算	○	○	必要
(6)　感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	○		必要
(7)　理学療法士等体制強化加算	○		不要
(8)　時間延長サービス加算	○		必要
(9)　リハビリテーション提供体制加算	○		必要
(10)　中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	○	○	不要
(11)　入浴介助加算	○		必要
(12)　リハビリテーションマネジメント加算	○		必要
(12)'　医師による説明	○		必要
(13)　短期集中個別リハビリテーション実施加算	○		不要
(14)　認知症短期集中リハビリテーション実施加算	○		必要
(15)　生活行為向上リハビリテーション実施加算	○	○	必要
(16)　若年性認知症利用者受入加算	○	○	必要
(17)　栄養アセスメント改善加算	○	○	必要
(18)　栄養改善加算	○	○	必要
(19)　口腔・栄養スクリーニング加算	○	○	不要
(20)　口腔機能向上加算	○	○	必要
(21)　重度療養管理加算	○		不要
(22)　中重度者ケア体制加算	○		必要
(23)　科学的介護推進体制加算	○	○	必要
(24)　利用者の住居と同一建物に所在する事業所に対する減算	○	○	不要
(25)　送迎未実施減算	○	○	不要
(26)　退院時共同指導加算	○	○	不要
(27)　移行支援加算	○		必要
(28)　サービス提供体制強化加算	○	○	必要
(29)　12月超減算		○	不要
(30)　一体的サービス提供加算		○	必要
(31)　介護職員等処遇改善加算	○	○	必要

○…加算・減算等の制度があるもの

１　通所リハビリテーション

○通所リハビリテーション費　　（単位）

	イ　通常規模型リハビリテーション費	ロ　大規模型通所リハビリテーション費
（１）所要時間１時間以上２時間未満の場合		
（一）要介護１	369	357
（二）要介護２	398	388
（三）要介護３	429	415
（四）要介護４	458	445
（五）要介護５	491	475
（２）所要時間２時間以上３時間未満の場合		
（一）要介護１	383	372
（二）要介護２	439	427
（三）要介護３	498	482
（四）要介護４	555	536
（五）要介護５	612	591
（３）所要時間３時間以上４時間未満の場合		
（一）要介護１	486	470
（二）要介護２	565	547
（三）要介護３	643	623
（四）要介護４	743	719
（五）要介護５	842	816
（４）所要時間４時間以上５時間未満の場合		
（一）要介護１	553	525
（二）要介護２	642	611
（三）要介護３	730	696
（四）要介護４	844	805
（五）要介護５	957	912
（５）所要時間５時間以上６時間未満の場合		
（一）要介護１	622	584
（二）要介護２	738	692
（三）要介護３	852	800
（四）要介護４	987	929
（五）要介護５	1,120	1,053
（６）所要時間６時間以上７時間未満の場合		
（一）要介護１	715	675
（二）要介護２	850	802
（三）要介護３	981	926
（四）要介護４	1,137	1,077
（五）要介護５	1,290	1,224
（７）所要時間７時間以上８時間未満の場合		
（一）要介護１	762	714
（二）要介護２	903	847
（三）要介護３	1,046	983
（四）要介護４	1,215	1,140
（五）要介護５	1,379	1,300

（１）事業所規模による通所リハビリテーション費

【厚生労働大臣が定める施設基準（厚労告96第６）】

イ　通常規模型通所リハビリテーション費を算定すべき指定通所リハビリテーションの施設基準

次のいずれかに適合していること。

（１）　次に掲げる基準のいずれにも適合していること。

（一）　前年度の１月当たりの平均利用延人員数（当該指定通所リハビリテーション事業所（指定居宅サービス等基準第 111条第１項に規定する指定通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）に係る指定通所リハビリテーション事業者（指定居宅サービス等基準第 111条第１項に規定する指定通所リハビリテーション事業者をいう。）が指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（以下「指定介護予防サービス等基準」という。）第 117条第１項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。）の指定を併せて受け、かつ、一体的に事業を実施している場合は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所における前年度の一月当たりの平均利用延人員数を含む。以下この号において同じ。）が 750人以内の指定通所リハビリテーション事業所であること。

（二）　指定居宅サービス等基準第 112条に定める設備に関する基準に適合していること。

（２）　次に掲げる基準のいずれにも適合していること。

(一)　（１）(一)に該当しない事業所であること。

(二)　（１）(二)に該当する事業所であること。

(三)　指定通所リハビリテーション事業所における利用者の総数のうち、リハビリテーションマネジメント加算（指定居宅サービス介護給付費単位数表の通所リハビリテーション費の注10に係る加算をいう。）を算定した利用者の占める割合が 100の80以上であること。

(四)　当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の数が十人以下の場合は、専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が一以上確保されていること、又は、利用者の数が十人を超える場合は、専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、利用者の数を十で除した数以上確保されていること。

ロ　大規模型通所リハビリテーション費を算定すべき指定通所リハビリテーションの施設基準

（１）　イ（１）(一)に該当しない事業所であること。

（２）　イ（１）(二)に該当する事業所であること。

（３）　イ（２）(三)及び(四)に該当しない事業所であること。

【留意事項（老企36第二８（10））】

①　事業所規模による区分については、施設基準第６号イ（１）に基づき、前年度の一月あたりの平均利用延人員数により算定すべき通所リハビリテーション費を区分しているところであるが、当該平均利用延人員数の計算に当たっては、同号の規定により、当該指定通所リハビリテーション事業所に係る指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定も併せて受け一体的に事業を実施している場合は、当該指定通所リハビリテーション事業所における前年度の一月当たりの平均延人員数を含むこととされているところである。したがって、仮に指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受けている場合であっても、事業者一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、当該平均利用人員数には当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所の平均延人員数は含めない取扱いとする。

②　平均利用延人員数の計算に当たっては、１時間以上２時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に４分の１を乗じて得た数とし、２時間以上３時間未満の報酬を算定している利用者については、２分の１を乗じて得た数とし、４時間以上５時間未満の報酬を算定している利用者及び５時間以上６時間未満の報酬を算定している利用者については、利用者数に４分の３を乗じて得た数とする。また、平均利用延人員数に含むこととされた介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者の計算に当たっては、介護予防通所リハビリテーションの利用時間が２時間未満の利用者については、利用者数に４分の１を乗じて得た数とし、２時間以上４時間未満の利用者については、利用者数に２分の１を乗じて得た数とし、利用時間が４時間以上６時間未満の利用者については、利用者数に４分の３を乗じて得た数とする。ただし、介護予防通所リハビリテーション事業所の利用者については同時にサービス提供を受けた最大数を営業日ごとに加えていく方法によって計算しても差し支えない。

また、１月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に７分の６を乗じて得た数によるものとする。

③　前年度の実績が６月に満たない事業者(新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。)又は前年度から定員を25%以上変更して事業を実施しようとする事業者においては、当該年度に係る平均利用延人員数については、便宜上、都道府県知事に届け出た当該事業所の利用定員の90%に予定される１月当たりの営業日数を乗じて得た数とする。

④　毎年度３月31日時点において、事業を実施している事業者であって、４月以降も引き続き事業を実施するものの当該年度の通所リハビリテーション費の算定に当たっては、前年度の平均利用延人員数は、前年度において、通所リハビリテーション費を算定している月（３月を除く。）の一月当たりの平均利用延人員数とする。

⑤　平均利用延人員数が750人超の事業所であっても、算定する月の前月において、以下に示す基準を満たしている場合は、通常規模型通所リハビリテーション費を算定することができる。

ａ　利用者の総数のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の占める割合が80%以上であること。利用者の総数とは、前月に当該事業所において通所リハビリテーションを利用することを通所リハビリテーション計画上位置づけている者の人数とする。

b 「専ら当該指定通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士（以下、理学療法士等）が利用者の数を10で除した数以上確保されていること（※）」の要件は以下のとおりとする。

（※）厚労告96第６イ（２）（四）

（通所リハビリテーション計画に位置付けられた利用時間×各利用時間の利用人数）の合計（※１）

―― ≦10

理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における勤務時間の合計（※２）

（※１） 各利用時間の下限で計算する。（例：２～３時間利用の利用者が４人の場合、２（時間）×４（人）として計算。）

（※２） 所定労働時間のうち通所リハビリテーション事業所の業務に従事することとされている時間とし、必ずしも利用者に対し通所リハビリテーションを提供している時間に限らないことに留意する。

⑥ 感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例については、別途通知を参照すること。

【計算方法】

１ 基本的な考え方

当該年度の前年度（３月を除く）の１月当たりの平均利用延人員数が、750人以内（通常規模型）か、750人を超え（大規模型）かにより事業所の規模を区分します。

※要件を満たす場合には、大規模型事業所の特例を利用することもできます。

（例） 令和７年度の報酬請求の際の事業所規模については、令和６年度の利用者の数によって決まることになります。

（１） 既存事業者（前年度から利用定員を25%以上変更した事業所を除く）

前年度の４月から２月までのうち通所リハビリテーション費を算定している各月の利用者数の合計を月数（通常は11ヶ月）で割って計算します。

（２） 前年度の実績が６月未満の事業所及び前年度から定員を25%以上変更した事業所

利用定員の90%を一日当たりの利用者数とし営業日数を掛けて計算します。

※ 利用者数の計算の際には、「４週間分」ではなく、「暦月（１ヶ月分）」の営業日数を基に計算して下さい。

Q：既存の事業者の場合で、前年度から定員は変更しないのですが、営業日数（サービス提供日数）を大幅に変更します。この場合も、前年度の利用者実績に基づく計算方法ではなく利用定員の90%に営業日数を掛けて計算する方法を使用するべきでしょうか。

A：利用定員の90%に営業日数を掛けて計算する方法は、既存の事業者の場合には、あくまでも「定員」を変更する場合のみ使用するものであり、「営業日数（サービス提供日数）」の変更の場合には、前年度の利用者実績に基づく計算方法を使用してください。

２ 介護予防通所リハビリテーション事業と一体的に行っている場合について

指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定も併せて受けている場合に、これらの事業を一体的に実施している場合には、介護予防通所リハビリテーションの前年度の１月当たりの平均利用延人員数も含めて計算し区分の判断を行います。

ただし、介護予防通所リハビリテーションの利用者数を加える際には、延人員数にサービス提供時間に応じた係数を乗じたものを加えることもできますし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えることもできます。

※ 介護予防通所リハビリテーションと一体的に実施されず、実態として両事業が分離されて実施されている場合には、介護予防通所リハビリテーションの利用者数は含めません。

（例） ある日の介護予防の利用者が午前中（9:00～12:30）は５名、午後（13:00～16:30）は10名の場合、延人員数にサービス提供時間に応じた係数を乗じて計算するのであれば、５×1/2＋10×1/2＝7.5名となりますし、同時にサービスの提供を受けた者の最大数で計算すれば10名となり、他の日も同様に計算して合計していくことになります。

3　利用者数の算出にあたって

（1）　サービス提供時間別の報酬区分等に応じた計算方法について

ア　６時間以上８時間未満の報酬を算定している利用者

利用者数をそのまま計算します。

イ　４時間以上５時間未満の報酬を算定している利用者及び５時間以上６時間未満の報酬を算定している利用者

利用者数に４分の３を掛けて計算します。

ウ　２時間以上３時間未満の報酬を算定している利用者及び３時間以上４時間未満の報酬を算定している利用者

利用者数に２分の１を掛けて計算します。

エ　１時間以上２時間未満の報酬を算定している利用者

利用者数に４分の１を掛けて計算します。

（2）　正月等を除き毎日事業を実施している事業所の場合について

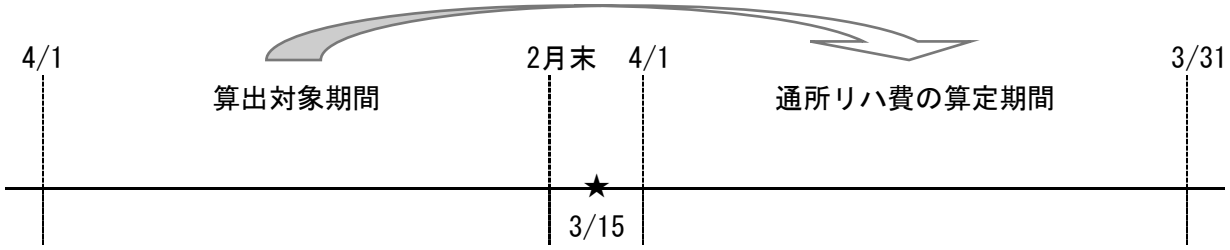
正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施している事業所については、利用延人員数に７分の６を掛けた人数により、１月当たりの平均延利用者数を計算することになります。

（3）　暫定ケアプランによりサービス提供を受けている利用者について

新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は、平均利用延人員数の計算には含めません。

【ポイント】

・　通所リハビリテーション事業所は、毎年３月15日までに、当該年度（３月を除く）の１月当たりの平均利用者延人員数を算出し、翌年度の通所リハビリテーション費についてどの区分を適用するか確認しなくてはなりません。



★　２月の実績が確定したら「事業所規模点検書」にて点検を実施し、以下の場合、必ず３月15日までに県に届出を行ってください。

①　事業所規模が、通常規模型→大規模型に変更になった場合

②　事業所規模が、大規模型→通常規模型に変更になった場合

③　事業所規模が、大規模型事業所であって、厚労告96第６（２）に定める要件を満たしていて、大規模型事業所における特例を用いる場合

④　大規模型（特例）を用いていた事業所が、厚労告第６（２）に定める要件を満たさなくなり、大規模型として算定することになる場合

・　区分が変わる場合には、利用料（利用者負担分）も変わるため、事前に利用者に対して説明し、同意を得ることが必要です。

【国Q＆A】

【平成18年４月改定関係Q&A(vol.１)（平成18年３月22日）】

（問46）　事業所規模別の報酬に関する利用者数の計算に当たり、新規に要介護認定を申請中の者が暫定ケアプランによりサービス提供を受けている場合は含まれるのか。

（回答）　いわゆる暫定ケアプランによりサービス提供を受けている者は、平均利用延人員数の計算に当たって含めない取扱いとする。

【平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol. １）（平成21年３月23日）】

（問52）　同一事業所で２単位以上の通所介護を提供する場合、規模別報酬の算定は単位毎か、すべての単位を合算するのか。

（回答）　実績規模別の報酬に関する利用者の計算は、すべての単位を合算で行う。

【平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. ２）（平成24年３月30日）】

（問10）　事業所規模による区分について、前年度の１月あたりの平均利用延人員数により算定すべき通所サービス費を区分しているが、具体的な計算方法如何。

（回答）　以下の手順・方法に従って算出すること。

①　各月（暦月）ごとに利用延人員数を算出する。

②　毎日事業を実施した月においては、当該月の利用延人員数にのみ七分の六を乗じる（小数点第三位を四捨五入）。

③　②で算出した各月（暦月）ごとの利用延人員数を合算する。

④　③で合算した利用延人員数を、通所サービス費を算定している月数で割る。

※　②を除き、計算の過程で発生した小数点の端数処理は行わないこと。

［具体例］６月から10月まで毎日営業した事業所の利用延人員数の合計

	４月	５月	６月	７月	８月	９月	10月	11月	12月	１月	２月	計
延べ人数	305.00	310.50	340.75	345.50	339.25	345.50	350.75	309.50	300.75	310.50	301.00	－
×6/7	－	－	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64					－
最終人数	305.00	310.50	292.07	296.14	290.79	296.14	300.64	309.50	300.75	310.50	301.00	3313.03

→　利用延べ人数（4月～2月）…3313.03人

平均利用延人員数＝3313.03人÷11ヶ月＝301.184…人

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（令和６年３月15日）】

（問75）　平均利用者延人員数が750　人超の事業所であっても、通常規模型通所リハビリテーション費を算定可能とする要件の一つに「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の数を10で除した数以上確保されていること」とあるが、どのように算出するのか。

（回答）　算出式は以下の通り。なお、「専ら当該通所リハビリテーションの提供に当たる」とは、当該通所リハビリテーション事業所の業務に従事する時間をいい、必ずしも利用者に対し通所リハビリテーションを提供している時間に限らないことに留意すること。

$$\frac{\text{（通所リハビリテーション計画に位置付けられた利用時間×各利用時間の利用人数）の合計}}{\text{理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における勤務時間の合計}} \leqq 10$$

例１：

・月20日営業

・１月あたりの利用時間ごとの利用延人数：１～２時間利用が　200人、３～４時間利用が　600人、６～７時間利用が　400人

・１日８時間当該業務に従事するリハビリテーション専門職が２人、６時間業務に従事するリハビリテーション専門職が　1　人配置

$$\frac{1\times200+3\times600+6\times400}{(8\times2+6\times1)\times20}=\frac{4400}{440}=10 \quad \leqq 10\text{（要件に該当）}$$

例２：

・月20日営業

・１月あたりの利用時間ごとの利用延人数：１～２時間利用が1200人、６～７時間利用が 600人
・１日８時間業務に従事するリハビリテーション専門職が２人

$$\frac{1\times1200+6\times600}{(8\times2)\times20}=\frac{4800}{320}=15 \quad >10\text{（要件に非該当）}$$

（問76）　平均利用者延人員数が 750人超の事業所であっても、通常規模型通所リハビリテーション費の算定を可能とする要件のうち、「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等が利用者の数を10で除した数以上確保されていること」に係る留意事項通知における「所定労働時間のうち通所リハビリテーション事業所の業務に従事することとされている時間」には、事業所外で退院前カンファレンスに参加している時間等は含まれるのか。

（回答）
- 含まれる。
- 事業所外の業務に従事している時間であっても、通所リハビリテーション事業所に係る業務であれば、「専らリハビリテーションの提供に当たる理学療法士等が利用者の数を10で除した数以上確保されていること」の算出式にある「理学療法士等の通所リハビリテーション事業所における勤務時間の合計」に含めることができる。

（問77）　平均利用者延人員数が 750人超の事業所であっても、通常規模型通所リハビリテーション費の算定を可能とする場合の要件のうち、リハビリテーションマネジメント加算を算定した利用者の割合については、居宅サービス計画において、当該事業所の利用及び加算の算定が計画されている者を対象として計算することとして差し支えないか。また、理学療法士等の配置については、あらかじめ計画された利用時間や利用人数、勤務表上予定された理学療法士等の勤務時間を用いて、計算することとして差し支えないか。

（回答）　差し支えない。

（２）所要時間について

【留意事項（老企36第二８（１）、（６））】

（１）所要時間による区分の取扱い

① 所要時間による区分については、現に要した時間ではなく、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うための標準的な時間によることとしている。そのため、例えば、単に、当日のサービス進行状況や利用者の家族の出迎え等の都合で、当該利用者が通常の時間を超えて事業所にいる場合は、指定通所リハビリテーションのサービスが提供されているとは認められないものであり、この場合は当初計画に位置付けられた所要時間に応じた所定単位数を算定すること（このような家族等の出迎え等までの間のいわゆる「預かり」サービスについては、利用者から別途料金を徴収して差し支えない。）。

② 指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間には、送迎に要する時間は含まないものとするが、送迎時に実施した居宅内での介助等（電気の消灯・点灯、窓の施錠、着替え、ベッドへの移乗等）に要する時間は、次のいずれの要件も満たす場合、１日30分以内を限度として、指定通所リハビリテーションを行うのに要する時間に含めることができる。

イ　居宅サービス計画及び通所リハビリテーション計画に位置付けた上で実施する場合

ロ　送迎時に居宅内の介助等を行うものが、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者、一級課程修了者、介護職員初任者研修修了者（二級課程修了者を含む。）又は当該事業所における勤続年数と同一法人の経営するほかの介護サービス事業所、医療機関、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職位としての勤続年数の合計が３年以上の介護職員である場合

③ 当日の利用者の心身の状況から、実際の指定通所リハビリテーションの提供が通所リハビリテーション計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には、通所リハビリテーション計画上の単位数を算定して差し支えない。なお、通所リハビリテーション計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、通所リハビリテーション計画を変更のうえ、変更後の所要時間に応じた単位数を算定すること。

④ 利用者に対して、一日に複数の指定通所リハビリテーションを行う事業所にあっては、それぞれの指定通所リハビリテーションごとに通所リハビリテーション費を算定するものとする（例えば、午前と午後に指定通所リハビリ

テーションを行う場合にあっては、午前と午後それぞれについて通所リハビリテーション費を算定する。）。ただし、１時間以上２時間未満の指定通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。

（６）１時間以上２時間未満の指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で２名以上配置している事業所の加算の取扱いについて

注５における「専従」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとすること。

【ポイント】

・１時間以上２時間未満の指定通所リハビリテーションの利用者については、同日に行われる他の通所リハビリテーション費は算定できない。
（例）６－８時間のサービスの前後に１－２時間のサービスを行うことはできません。
・　医療保険の脳血管リハビリテーション、運動器リハビリテーション又は呼吸器リハビリテーションの届出を行っている保険医療機関においては、利用者のサービス提供に支障が生じない場合に限り、１時間以上２時間未満の通所リハビリテーションを、医療保険の上記リハビリテーションと同一のスペースにおいて行うことも差し支えないことが明確に定められました（必要な機器及び器具の利用についても同様です）。

【指導事例】

・サービス提供時間が待ち時間を含めて６時間ちょうどであったが、６－８で請求していた。
→　待ち時間を除くと６時間に満たなかったため、４－６の単位となり、過誤調整することになった。
・朝の渋滞等により送迎に時間がかかり、恒常的に、プログラム開始が遅れサービス提供時間が６時間に満たなかったにも関わらず、６－８の単位で請求していた。　→　４－６の単位で過誤調整することになった。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.１)（平成24年３月16日）】

（問57）　サービスの提供開始や終了は同一単位の利用者について同時に行わなければならないのか。

（回答）　サービスの提供にあたっては、利用者ごとに定めた通所サービス計画における通所サービスの内容利用当日のサービスの提供状況、家族の出迎え等の都合で、サービス提供の開始・終了のタイミングが利用者ごとに前後することはあり得るものであり、また、そもそも単位内で提供時間の異なる利用者も存在し得るところである。報酬の対象となるのは実際に事業所にいた時間ではなく、通所サービス計画に定められた標準的な時間であるとしているところであり、サービス提供開始時刻や終了時刻を同時にしなければならないというものではない。

＜通所リハビリテーションの所要時間＞

（問87）　６時間以上８時間未満の単位のみを設定している通所リハビリテーション事業所において、利用者の希望により、４時間以上６時間未満のサービスを提供し、４時間以上６時間未満の通所リハビリテーション費を算定することができるのか。

（回答）　適切なケアマネジメントに基づき利用者にとって４時間以上６時間未満のサービス提供が必要な場合であれば算定することができる。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.３）（令和３年３月26日）】

（問23）　所要時間区分（６時間以上７時間未満、７時間以上８時間未満等）は、あらかじめ事業所が確定させておかなければならないのか。利用者ごとに所要時間区分を定めることはできないのか。

（回答）　各利用者の通所サービスの所要時間は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて作成される通所サービス計画に位置づけられた内容によって個別に決まるものであり、各利用者の所要時間に応じた区分で請求することとなる。運営規程や重要事項説明書に定める事業所におけるサービス提供時間は、これらを踏まえて適正に設定する必要がある。

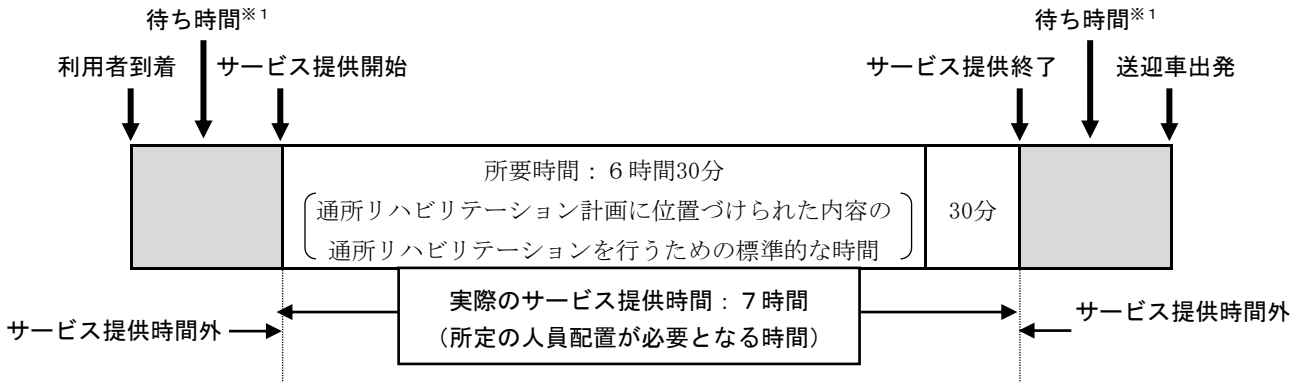
（問24）　各所要時間区分の通所サービス費を請求するにあたり、サービス提供時間の最低限の所要時間はあるのか。

（回答）・　所要時間による区分は現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置づけられた通所サービスを行うための標準的な時間によることとされており、例えば通所介護計画に位置づけられた通所介護の内容が８時間以上９時間未満であり、当該通所介護計画書どおりのサービスが提供されたのであれば、８時間以上９時間未満の通所介護費を請求することになる。

・　ただし、通所サービスの提供の開始に際しては、予めサービス提供の内容や利用料等の重要事項について、懇切丁寧に説明を行った上で同意を得ることとなっていることから、利用料に応じた、利用者に説明可能なサービス内容となっている必要があることに留意すること。

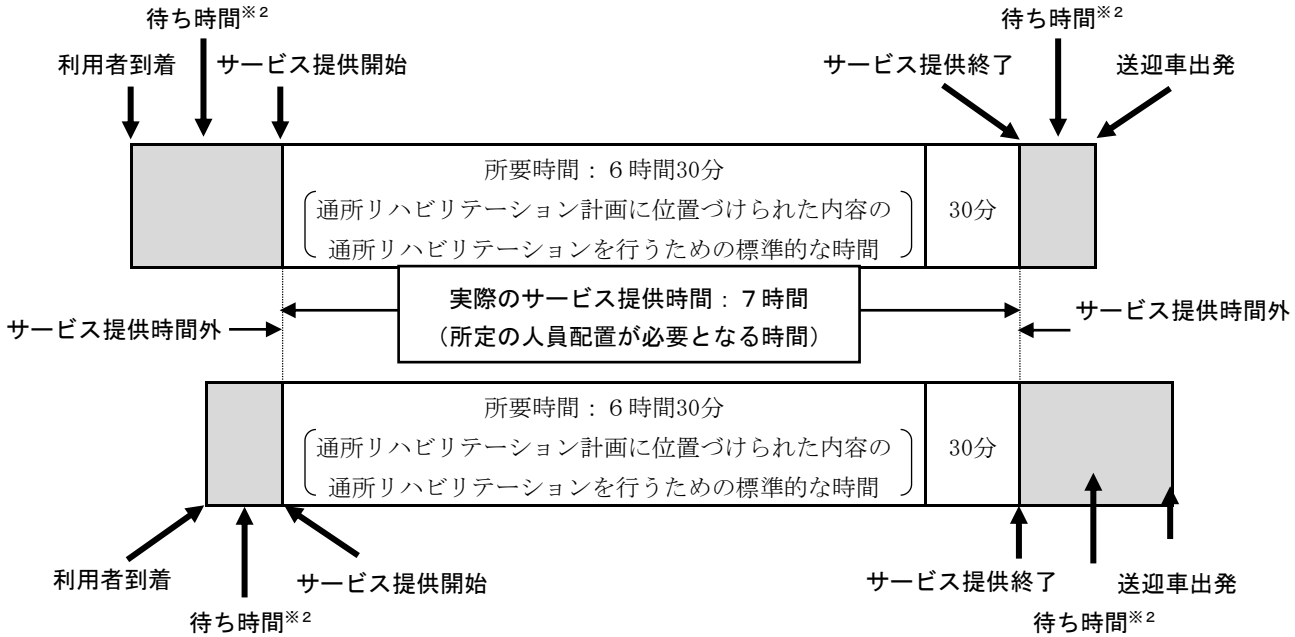
【所要時間の考え方】

（例１）送迎車が１便体制の場合で、プログラムは６時間30分だが、入浴介助に時間がかかり、実際に全てのプログラムの内容を終了するのに30分超過した場合



※１　サービス提供開始前、終了後の単なる待ち時間は、所要時間に含まれません。

（例２）１単位で送迎車が２便体制の場合で、プログラムは６時間30分だが、入浴介助に時間がかかり、実際に全てのプログラムの内容を終了するのに30分超過した場合



※２　１便到着後、２便到着前であっても、単なる待ち時間とするのではなく、基準上必要とされる人員配置を行った上でサービス提供を開始することは可能です。

（利用者の体調不良等のやむを得ない事由によるサービス提供時間の短縮）

○　令和６年１月12日付け厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課他発出事務連絡「通所介護費等における所要時間の取扱いについて」（P142）がありますので、必ずご確認ください。

【質問事例】

○　７－８の事業所だが、ある日、利用者の具合が悪くなり、５時間で早退した場合、算定はどうすれば良いか。

→　当初通所リハビリテーション計画に位置付けられていた時間で算定することも可能です。ただし、利用者の負担を考えて、事業所の判断で、実際の時間分（５－６）で請求することも可能です。

○　利用者が朝事業所に来たところ、具合が悪く、通所リハビリテーションは無理と判断し、早急に帰宅させた。計画通り算定して良いか。

→　通所リハビリテーションのサービスが提供されたとは言えないため、キャンセル扱いで対応して下さい。

【ポイント】

○　計画に位置付けられていた時間で算定可能なのは、当日の利用者側のやむを得ない事情がある場合のみであり、サービス開始前からサービス提供時間の短縮が決まっている場合は、その時間に応じた所定単位数を算定します。

○　７－８で計画していたが、３－４になってしまった場合には、３－４に応じた所定単位数を算定します。

【国Ｑ＆Ａ】

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol．３）（令和３年３月26日）】

（問26）　「当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりもやむを得ず短くなった場合には通所サービス計画上の単位数を算定して差し支えない。」とされているが、具体的にどのような内容なのか。

（回答）

・　通所サービスの所要時間については、現に要した時間ではなく、通所サービス計画に位置付けられた内容の通所サービスを行うための標準的な時間によることとされている。

・　こうした趣旨を踏まえ、例えば８時間以上９時間未満のサービスの通所介護計画を作成していた場合において、当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず７時間30分でサービス提供を中止した場合に当初の通所介護計画による所定単位数を算定してもよいとした。（ただし、利用者負担の軽減の観点から、通所介護計画を変更した上で７時間以上８時間未満の所定単位数を算定してもよい。）

・　こうした取扱いは、サービスのプログラムが個々の利用者に応じて作成され、当該プログラムに従って、単位ごとに効果的に実施されている事業所において行われることを想定しており、限定的に適用されるものである。当初の通所介護計画に位置付けられた時間よりも大きく短縮した場合は、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

（例）通所介護計画上７時間以上８時間未満の通所介護を行う予定であった利用者について

①　利用者が定期検診などのために当日に併設保険医療機関の受診を希望することにより６時間程度のサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、６時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

②　利用者の当日の希望により３時間程度の入浴のみのサービスを行った場合には、利用者の当日の希望を踏まえて当初の通所サービス計画を変更し、再作成されるべきであり、３時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

③　当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず２時間程度でサービス提供を中止した場合、当初の通所介護計画を変更し、再作成されるべきであり、２時間程度の所要時間に応じた所定単位数を算定する。

（※所要時間２時間以上３時間未満の区分は、心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に対して算定するものであるが、当日の利用者の心身の状況から、実際の通所サービスの提供が通所サービス計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合は、通所サービス計画を変更の上、同区分での算定を行うこととしても差し支えない。）

④　当日サービス提供途中で利用者が体調を崩したためにやむを得ず１時間程度でサービス提供を中止した場合、これに対応する所要時間区分がないため、通所介護費を算定できない。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）】

（問64）　所要時間による区分の取り扱いとして、「降雪等の急な気象状況の悪化等により～」としているが、急な気象状況の悪化等とは豪雨なども含まれるか。

（回答）　降雪に限らず局地的大雨や雷、竜巻、ひょうなども含まれる。例えば、急な気象状況の悪化等により道路環境が著しく悪い状態等も含むこととして差し支えないため、都道府県・市町村におかれては地域の実態に鑑み、対応されたい。

（サービス提供時間中の中断）

【ポイント】

○　医療機関の受診について

通所リハビリテーションのサービス提供時間帯における医療機関の受診は、緊急やむを得ない場合を除いてできません。

○　通所リハビリテーション利用時の理美容サービスの利用について

サービス提供に支障のない短時間の理美容サービスの提供については、通所リハビリテーションの提供時間から当該理美容サービスに要する時間を除外した時間で報酬算定を行ってください。

ただし、その際、利用者に必要なものとして当初から予定されている通所リハビリテーションの提供プログラムに影響しないよう配慮が必要です。

【国Ｑ＆Ａ】

【介護保険最新情報vol.151介護報酬に係るQ&A（平成15年５月30日）】

（問３）　緊急やむを得ない場合における併設医療機関（他の医療機関を含む）の受診による通所サービスの利用の中止について

（回答）　併設医療機関等における保険請求が優先され、通所サービスについては変更後の所要時間に応じた所定単位数を算定しなければならない。

（３）　他のサービスとの関係

【算定に関する基準（厚告19別表７注19）（厚労告127別表５注７）】

利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護若しくは特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護若しくは複合型サービスを受けている間は、通所リハビリテーション費は、算定しない。

【留意事項（老企36第二１（２））】

特定施設入居者生活介護又は認知症対応型共同生活介護若しくは地域密着型特定施設入居者生活介護を受けている間については、その他の指定居宅サービス又は指定地域密着型サービスに係る介護給付費（居宅療養管理指導費を除く。）は算定しないものであること。（中略）。また、短期入所生活介護又は短期入所療養介護を受けている間については、訪問介護費（他サービス費略）は算定しないものであること。

（略）

【留意事項（老企36第二１（３））】

介護老人保健施設若しくは介護医療院の退所（退院）日又は短期入所療養介護サービス終了日（退所・退院日）については、（中略）訪問介護等の福祉系サービスは別に算定できるが、施設サービスや短期入所サービスでも、機能訓練やリハビリテーションを行えることから、退所（退院）日に通所介護サービスを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正ではない。

また、入所（入院）当日であっても当該入所（入院）前に利用する訪問通所サービスは別に算定できる。ただし、入所（入院）前に通所介護又は通所リハビリテーションを機械的に組み込むといった居宅サービス計画は適正ではない。

また、施設入所（入院）者が外泊又は介護保険施設若しくは経過的介護医療院の試行的退所を行っている場合には、外泊時又は試行的退所時に居宅サービス費は算定できない。

（４）　指定通所リハビリテーションの提供について

【留意事項（老企36第二８（11））】

① 平成27年度の介護報酬改定において、個別リハビリテーション実施加算が本体報酬に包括化された趣旨を踏まえ、利用者の状態に応じ、個別にリハビリテーションを実施することが望ましいこと。

② 指定通所リハビリテーションは、指定通所リハビリテーション事業所の医師の診療に基づき、通所リハビリテーション計画を作成し、実施することが原則であるが、医療機関において、当該医療機関の医師の診療を受け、当該医療機関の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士からリハビリテーションの提供を受けた利用者に関しては、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２―１をもって、当該医療機関から情報提供を受けた上で、当該事業所の医師が利用者を診療し、記載された内容について確認して、指定通所リハビリテーションの提供を開始しても差し支えないと判断した場合には、例外として、別紙様式２－２―１をリハビリテーション計画書とみなして通所リハビリテーション費の算定を開始してもよいこととする。

なお、その場合であっても、算定開始の日が属する月から起算して３月以内に、当該事業所の医師の診療に基づいて、次回のリハビリテーション計画を作成する。

③ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が、指定通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行う。

④ ③における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。

⑤ 通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、通所リハビリテーション計画に基づくリハビリテーションの提供開始からおおむね２週間以内に、その後はおおむね３月ごとに評価を行う。その他、必要時に見直しを行うこと。

⑥ 指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して３月以上の指定通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、その他指定居宅サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。

⑦ 新規に通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、当該計画に従い、指定通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して１月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努めることが必要である。

⑧ 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員を通じて、指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、利用者及び家族の活動や参加に向けた希望、日常生活上の留意点、介護の工夫などの情報を伝達する。

２　介護予防通所リハビリテーション

イ　介護予防通所リハビリテーション費	
（１）要支援１	2,268
（２）要支援２	4,228

（１）　定額制

【算定に関する基準（厚労告127別表５注１）】

電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所（指定介護予防サービス基準第１１７条第１項に規定する指定介護予防通所リハビリテーション事業所をいう。以下同じ。）において、指定介護予防通所リハビリテーション（指定介護予防サービス基準第１１６条に規定する指定介護予防通所リハビリテーションをいう。以下同じ。）を行った場合に、利用者の要支援状態区分に応じて、それぞれ所定単位数を算定する。（略）

【留意事項（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（１））】

⑴ 算定の基準について

① 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師は、指定介護予防通所リハビリテーションの実施に当たり、当該事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対し、利用者に対する当該リハビリテーションの目的に加えて、当該リハビリテーション開始前又は実施中の留意事項、やむを得ず当該リハビリテーションを中止する際の基準、当該リハビリテーションにおける利用者に対する負荷等のうちいずれか１以上の指示を行う。

② ①における指示を行った医師又は当該指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、当該指示に基づき行った内容を明確に記録する。

③ 介護予防通所リハビリテーション計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直す。初回の評価は、介護予防通所リハビリテーション計画に基づく介護予防通所リハビリテーションの提供開始からおおむね２週間以内に、その後はおおむね３月ごとに評価を行う。

④ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師が利用者に対して３月以上の指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要と判断する場合には、リハビリテーション計画書に指定介護予防通所リハビリテーションの継続利用が必要な理由、具体的な終了目安となる時期、法第115条の45第１項第１号ロに規定する第１号通所事業その他指定介護予防サービスの併用と移行の見通しを記載し、本人・家族に説明を行う。

⑤ 新規に介護予防通所リハビリテーション計画を作成した利用者に対して、指定介護予防通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、当該計画に従い、指定介護予防通所リハビリテーションの実施を開始した日から起算して１月以内に、当該利用者の居宅を訪問し、診療、運動機能検査、作業能力検査等を行うよう努める。

⑥ 指定介護予防通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第115　条の45第１項第１号イに規定する第一号訪問事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達する。

⑦指定介護予防通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、介護支援専門員を通じて、法第115 条の45第１項第１号イに規定する第一号訪問事業その他指定介護予防サービスに該当する事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、利用者及び家族の活動や参加に向けた希望、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達します。

⑧ 利用者の運動器の機能向上を目的として個別的に実施されるリハビリテーションであって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下、「運動器機能向上サービスという」）を提供します。

⑨ 運動器機能向上サービスについては、以下のアからエまでに掲げるとおり、実施します。

ア　利用者の運動器機能、利用者のニーズ、サービスの提供に当たって考慮すべきリスクを利用開始時に把握し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して、運動器機能向上計画を作成していること。また、作成した運動器機能向上計画については、運動器機能向上サービスの提

供による効果、リスク、緊急時の対応等と併せて、利用者に分かりやすい形で説明し、その同意を得ること。なお、運動器機能向上計画に相当する内容をリハビリテーション計画書の中にそれぞれ記載する場合は、その記載をもって運動器機能向上計画の作成に代えることができるものとすること。

イ　運動器機能向上計画に基づき、利用者ごとに運動器機能向上サービスを提供すること。その際、提供する運動器機能向上サービスについては、国内外の文献等において介護予防の観点からの有効性が確認されている等の適切なものとすること。また、運動器機能向上計画に実施上の問題点（運動の種類の変更の必要性、実施頻度の変更の必要性等）があれば直ちに当該計画を修正すること。

ウ　利用者ごとの運動器機能向上計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは看護職員が運動器機能向上サービスを行っているとともに、利用者の運動器の機能を定期的に記録していること。ただし、介護予防通所リハビリテーションの提供の記録として、運動器機能を定期的に記載している場合は、当該の記載をもって、本要件を満たしているものとする。

エ　おおむね１月間ごとに、利用者の短期目標の達成度と客観的な運動器の機能の状況についてモニタリングを行うとともに、利用者毎の運動器機能向上計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて、運動器機能向上計画の修正を行うこと。

【ポイント】

介護予防通所リハビリテーションのサービス提供記録について

介護予防通所リハビリテーションについては時間制ではなく月単位の報酬単価が設定されていますが、事業所におけるサービス提供記録には内容とともにその開始時刻、終了時刻は必ず記録してください。送迎、入浴に関する報酬も基本単位に包括されていますが、実施の記録を必ず残すようにしてください。

【国Q＆A】

【平成18年4月改定関係Q&A(vol.1)（平成18年３月22日）】

（問９）　介護予防通所系サービスの提供に当たり、利用者を午前と午後に分けてサービス提供を行うことは可能か。

（回答）　御指摘のとおりである。介護予防通所系サービスに係る介護報酬は包括化されていることから、事業者が、個々の利用者の希望、心身の状態等を踏まえ、利用者に対してわかりやすく説明し、その同意が得られれば、提供回数、提供時間について自由に設定を行うことが可能である。

（問10）　午前と午後に分けてサービス提供を行った場合に、例えば午前中にサービス提供を受けた利用者について、午後は引き続き同一の事業所にいてもらっても構わないか。その場合には、当該利用者を定員に含める必要があるのか。また、当該利用者が事業所に引き続きいられることについて負担を求めることは可能か。

（回答）　同一の事業所にいてもらっても構わないが、単にいるだけの利用者については、介護保険サービスを受けているわけではないので、サービス提供に支障のないよう配慮しなければならない。具体的には、サービスを実施する機能訓練室以外の場所（休憩室、ロビー等）に居ていただくことが考えられるが、機能訓練室内であっても面積に余裕のある場合（単にいるだけの方を含めても1人当たり3㎡以上が確保されている場合）であれば、サービス提供に支障のないような形で居ていただくことも考えられる。いずれにしても、介護保険サービス外とはいえ、単にいるだけであることから、別途負担を求めることは不適切であると考えている。

（問11）　介護予防通所系サービスを受けるに当たって、利用回数、利用時間の限度や標準利用回数は定められるのか。

（回答）　地域包括支援センターが利用者の心身の状況、その置かれている環境、希望等を勘案して行う介護予防ケアマネジメントを踏まえ、事業者と利用者の契約により、適切な利用回数、利用時間の設定が行われるものと考えており、国において一律に上限や標準利用回数を定めることは考えていない。

なお、現行の利用実態や介護予防に関する研究班マニュアル等を踏まえると、要支援1については週1回程度、要支援2については週2回程度の利用が想定されることも、一つの参考となるのではないかと考える。

（問12）　介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションを、それぞれ週１回ずつ利用する等同時に利用することは可能か。

（回答）　地域包括支援センターが、利用者のニーズを踏まえ、適切にマネジメントを行って、計画に位置付けるこ

とから、基本的には、介護予防通所介護と介護予防通所リハビリテーションのいずれか一方が選択されることとなり、両者が同時に提供されることは想定していない。

(問13)　ある指定介護予防通所介護事業所において指定介護予防通所介護を受けている間は、それ以外の指定介護予防通所介護事業所が指定介護予防通所介護を行った場合に、介護予防通所介護費を算定しないとあるが、その趣旨如何。

(回答)　介護予防通所介護においては、介護予防ケアマネジメントで設定された利用者の目標の達成を図る観点から、一の事業所において、一月を通じ、利用回数、提供時間、内容など、個々の利用者の状態や希望に応じた介護予防サービスを提供することを想定しており、介護報酬についてもこうした観点から包括化したところである。

(問14)　予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの提供に当たっては、物理的(空間的・時間的)にグループを分けて行う必要があるのか。

(回答)　通所系サービスは、ケアマネジメントにおいて、利用者一人一人の心身の状況やニーズ等を勘案して作成されるケアプランに基づき、いずれにしても個別的なサービス提供が念頭に置かれているものであり、したがって、予防給付の通所系サービスと介護給付の通所系サービスの指定を併せて受ける場合についても個別のニーズ等を考慮する必要がある。

具体的には、指定基準上、サービスが一体的に提供されている場合には、指定基準上のサービス提供単位を分ける必要はないこととしているところであるが、両者のサービス内容を明確化する観点から、サービス提供に当たっては、非効率とならない範囲で一定の区分を設ける必要があると考えており、具体的には、以下のとおりの取扱いとする。

① 日常生活上の支援(世話)等の共通サービス(入浴サービスを含む。)については、サービス提供に当たり、物理的に分ける必要はないこととする。

② 選択的サービス(介護給付の通所系サービスについては、各加算に係るサービス)については、要支援者と要介護者でサービス内容がそもそも異なり、サービスの提供は、時間やグループを区分して行うことが効果的・効率的と考えられることから、原則として、物理的に区分してサービスを提供することとする。ただし、例えば、口腔機能向上のための口・舌の体操など、内容的に同様のサービスであって、かつ、当該体操の指導を要支援者・要介護者に同時かつ一体的に行うこととしても、特段の支障がないものについては、必ずしも物理的に区分する必要はないものとする。

③ (③については、18.10.10厚労省老人保健課ＴＥＬ確認の上修正) なお、介護予防通所介護におけるアクティビティについては、要支援者に対する場合と要介護者に対する場合とで内容を区分する必要はあるが、必ずしも物理的に区分して提供しなければならないものではない。(必ずしも部屋を分ける等する必要はないが、サービス内容は異なるのでその意味では区分する。時間帯、場所まで区分することはない。

(1)－2　報酬の日割り計算について

【留意事項(老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第一１(６))】

介護予防通所リハビリテーションについては、月額定額報酬であることから、月途中からのサービス開始、月途中でのサービス終了の場合であっても、原則として、それぞれ計画上に位置付けられた単位数を算定することとし、日割り計算は行わない。

ただし、月途中に①要介護から要支援に変更となった場合、②要支援から要介護に変更となった場合、③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合については、日割り計算による。また、月途中で要支援度が変更となった場合についても、日割り計算によりそれぞれの単価を算定するものとする。

【月額包括報酬の日割り請求にかかる適用(介護保険事務処理システム変更に係る参考資料(確定版)の一部訂正(令和6年5月10日事務連絡))】

○　月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり。

・以下の対象事由に該当する場合、日割りで算定する。該当しない場合は、月額包括報酬で算定する。

・日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間(※)に応じた日数による日割りとする。具体的には、用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単位数を算定する。

※サービス算定対象期間：月の途中に開始した場合は、起算日から月末までの期間。
月の途中に終了した場合は、月初から起算日までの期間。

＜対象事由と起算日＞

月額報酬対象サービス		事由	起算日
介護予防通所リハ（介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む）	開始	・区分変更（要支援１⇔要支援２）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一サービス種類のみ）（※１） ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の退居（※１）	退居日の翌日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の契約解除（※１）	契約解除日の翌日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の退所（※１）	退所日の翌日
		・公費適用の有効期間開始	開始日
		・生保単独から生保併用への変更（６５歳になって被保険者資格を取得した場合）	資格取得日
	終了	・区分変更（要支援１⇔要支援２）	変更日※
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ） ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日※ （満了日） （開始日）
		・介護予防特定施設入居者生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の入居　（※１）	入居日の前日
		・介護予防小規模多機能型居宅介護の利用者の登録開始　（※１）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）の前日
		・介護予防短期入所生活介護又は介護予防短期入所療養介護の入所（※１）	入所日の前日
		・公費適用の有効期間終了	終了日

※１　ただし、利用者が月の途中で他の保険者に転出する場合を除く。月の途中で、利用者が他の保険者に転出する場合は、それぞれの保険者において月額包括報酬の算定を可能とする。なお、保険者とは、政令市又は広域連合の場合は、構成市区町村ではなく、政令市又は広域連合を示す。

※２　終了の起算日は、引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

※３　加算（月額）部分に対する日割り計算は行わない。

※４　公費の適用期間は、公費適用の有効期間の開始日から終了日までが算定対象となる。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成18年4月改定関係Q&A(vol.3)（平成18年４月21日）】

（問18）介護予防通所介護を受ける者が同一市町村内において引越する場合や、介護予防サービスを受ける者が新たに要介護認定を受け居宅介護サービスを受ける場合等により、複数の事業者からサービスを受ける場合、定額制の各介護報酬を日割りにて算定することとなるが、日割りの算定方法如何。

（回答）日割りの算定方法については、実際に利用した日数にかかわらず、サービス算定対象期間（※）に応じた日数による日割りとする。（用意された日額のサービスコードの単位数に、サービス算定対象日数を乗じて単

位数を算定する。）

（※）契約日から契約解除日までの期間

【介護療養型老人保健施設に係る介護報酬改定等に関するQ&A（平成20年４月21日）】

（問22）介護予防訪問介護等の定額報酬サービスを利用している者が、月途中から公費適用となった場合、日割り算定によることとしているが、月の途中から公費適用でなくなった場合の取扱いについて如何。

（回答）同様に日割り算定を行うこととしている。

（問23）要支援認定区分が月途中に変更となった場合、介護予防通所介護等定額サービスの算定方法如何。また、当該変更後(前）にサービス利用の実績がない場合の取扱い如何。

（回答）１　平成18年3月16日に発出した「介護保険制度改革Information vol.76」において、日割りの対象事由として要支援認定の区分変更をお示ししており、御指摘の場合は日割り算定となる。

２　ただし、報酬区分が変更となる前（後）のサービス利用の実績がない場合にあっては、報酬区分が変更となった後（前）の報酬区分を算定することとし、サービス利用の実績がない報酬区分は算定しない。

（２）　複数の介護予防通所リハビリテーション事業所の利用不可

【算定に関する基準（厚労告127別表５注８）】

利用者が一の指定介護予防通所リハビリテーション事業所において指定介護予防通所リハビリテーションを受けている間は、当該指定介護予防通所リハビリテーション事業所以外の指定介護予防通所リハビリテーション事業所が指定介護予防通所リハビリテーションを行った場合に、介護予防通所リハビリテーション費は、算定しない。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成18年4月改定関係Q&A(vol.２）　（平成18年３月27日）】

（問１）介護予防訪問介護や介護予防通所介護については、月単位の定額制とされているが、複数の事業所を利用することはできないのか。

（回答）月当たりの定額制が導入される介護予防訪問介護や介護予防通所介護などについては、複数の事業所を利用することはできず、1つの事業所を選択する必要がある。

３加算・減算

（１） 定員超過による減算

利用者全員について所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数

【留意事項（老企36第二８（27）（老企36第二７（24）参照））】

定員超過利用に該当する場合の所定単位数の算定について

① 当該事業所の利用定員を上回る利用者を利用させている、いわゆる定員超過利用に対し、介護給付費の減額を行うこととし、厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法（平成12年厚生省告示第27。以下「通所介護費等算定方法」という。）において、定員超過利用の基準及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、定員超過利用の未然防止を図るよう努めるものとする。

② この場合の利用者の数は、１月間（暦月）の利用者の数の平均を用いる。この場合、１月間の利用者の数の平均は、当該月におけるサービス提供日ごとの同時にサービスの提供を受けた者の最大数の合計を、当該月のサービス提供日数で除して得た数とする。この平均利用者数の算定に当たっては、小数点以下を切り上げるものとする。

③ 利用者の数が、通所介護費等の算定方法に規定する定員超過利用の基準に該当することとなった事業所については、その翌月から定員超過が解消されるに至った月まで、利用者の全員について、所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に従って減算され、定員超過利用が解消されるに至った月の翌月から通常の所定単位数が算定される。

④ 都道府県知事は、定員超過が行われている事業所に対しては、その解消を行うよう指導すること。当該指導に従わず、定員超過利用が２月以上継続する場合には、特別な事情がある場合を除き、指定の取消を検討するものとする。

⑤ 災害、虐待の受入れ等やむを得ない理由による定員超過利用については、当該定員超過利用が開始した月（災害等が生じた時期が月末であって、定員超過利用が翌月まで継続することがやむを得ないと認められる場合も含む。）の翌月から所定単位数の減産を行うことはせず、やむを得ない理由にも関わらずその翌月まで定員を超過した状態が継続している場合に、災害等が生じた月の翌々月から所定単位数の減算を行うものとする。

【厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法　第２】

厚生労働大臣が定める利用者の数の基準及び医師等の員数の基準並びに通所リハビリテーション費の算定方法

イ　指定通所リハビリテーションの月平均の利用者の数（指定通所リハビリテーション事業者が指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、かつ、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者の数及び指定介護予防通所リハビリテーションの利用者の数の合計数）が次の表の上欄に掲げる基準に該当する場合における通所リハビリテーション費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。

厚生労働大臣が定める利用者の数の基準	厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法
施行規則第百二十条の規定に基づき都道府県知事に提出した運営規程に定められている利用定員を超えること。	指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。

【注意！！】

月平均で利用定員を超えなければ減算にはなりませんが、**１日でも利用定員を超えれば運営基準違反**です。

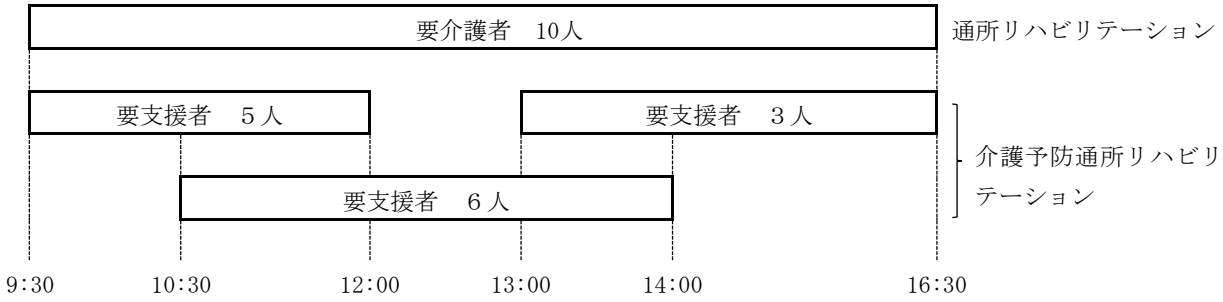
「減算にならなければよい」といった考え方で事業所の運営をしないようにしてください。

【ポイント】利用者数の算出方法について

① 日ごとの最大利用者数の算出方法

通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションを１単位の中で一体的にサービス提供している場合、「通所リハビリテーションの利用者数＋介護予防通所リハビリテーションの最大利用者数」の合計が、その日の単位としての「最大利用者数」となります。

【提供時間７時間の単位の例（9:30～16:30）】



時間帯	要介護者	要支援者	要介護者と要支援者の合計利用者数
9:30～10:30		５人	15人
10:30～12:00		11人（５人＋６人）	21人
12:00～13:00	10人	６人	16人
13:00～14:00		９人（３人＋６人）	19人
14:00～16:30		３人	13人

⇒　この日の「利用者数」は、この日最大利用者数の21人となります。

② 平均の利用者数の算出方法

次の33ページの表によって、月平均利用者数を算出します。

⇒　表の＜チェック！＞で、②に該当すれば定員超過減算に該当することになります。

【ポイント】

・毎月ごとに、翌月が減算対象にならないか、事業所自ら確認する必要があります。

＜月平均利用者数＞

○　単位ごとに作成してください。

令和　　年　　月分　　単位目

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	月の合計
要介護１～５の利用者数　（ａ）																																
要支援１、２の利用者で同時にサービスを受けた最大数　（ｂ）																																
利用者合計数　(a)+(b)　（ｃ）																																

定員：　　名　（ｄ）　　**月平均利用者数**：月の利用者合計数（ｅ）÷営業日数　　日　＝　　人

備考：①　営業していない日については斜線等を引いてください。
　　②　要支援の利用者については、その日の延べ利用者数か、サービスを受けている要支援の利用者が最も多い時間帯の利用者数で計算します。
※　要介護者等以外の自費負担による通所リハビリテーションサービスの利用者がいる場合については、当該利用者も含め利用者合計数を算出します。

＜チェック！＞
①　利用定員の遵守　…　各サービス提供日の利用者合計数（ｃ）が定員（ｄ）を超えていませんか。
②　減算の有無　　…　月平均利用者数（ｆ）が定員（ｄ）を超えていませんか？
→　超えている場合、当該月の次の月の介護報酬について減算する必要があります。

（２）　職員の人員欠如による減算[通所リハ・予防リハ]

利用者全員について所定単位数に100分の70を乗じて得た単位数

【留意事項（老企36第二８（28））】

① 当該事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数が人員基準上満たすべき員数を下回っている、いわゆる人員基準欠如に対し、介護給付費の減額を行うこととし、通所介護費等算定方法において、人員基準欠如及び単位数の算定方法を明らかにしているところであるが、これは、適正なサービスの提供を確保するための規定であり、人員基準欠如の未然防止を図るよう努めるものとする。

② 医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員及び介護職員の配置数については、

イ　人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合にはその翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する計算方法に従って減算する。

ロ　１割の範囲内で減少した場合にはその翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、単位ごとに利用者の全員について所定単位数が通所介護費等の算定方法に規定する計算方法に従って減算される（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く。）

ハ　突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合であって、次のa からd までの全てに該当するときは、ロの規定にかかわらず、１年に１回に限り、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月までの間、通所介護費等の算定方法に規定する算定方法に基づく減算の適用を猶予する。

この場合、職員の確保に係る取組及び一時的に職員を確保できないやむを得ない事情であることを別紙様式７に記載し、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌月までに速やかに都道府県知事に報告すること。なお、別紙様式７には、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。

a　職業安定法（昭和22 年法律第141 号）第８条に定める公共職業安定所（以下単に「公共職業安定所」という。）又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の同法第33 条に定める無料の職業紹介事業（以下単に「無料職業紹介事業」という。）を活用して職員の確保に係る取組を行っていること。なお、やむを得ない事情が生じていない場合においても、職員の求人を行う場合には、公共職業安定所又は無料職業紹介事業の活用等の職員の確保に係る取組を行っていることが望ましい。

b　職員の確保に係る取組に当たって民間職業紹介事業者を利用する場合においては、医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者を含むこと。

c　公共職業安定所、無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい。

d　やむを得ない事情が生じた場合であっても一時的に職員の確保ができないことにより、一部の職員へ過度な業務負担とならないよう、当該事業所は職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図るよう努めること。

③ 都道府県知事は、著しい人員基準欠如が継続する場合には、職員の増員、利用定員等の見直し、事業の休止等を指導すること、当該指導に従わない場合には、特別な事情がある場合をのぞき、指定の取消しを検討するものとする。

【厚生労働大臣が定める利用者等の数の基準及び看護職員等の員数の基準並びに通所介護費等の算定方法　第２】

厚生労働大臣が定める利用者の数の基準及び医師等の員数の基準並びに通所リハビリテーション費の算定方法

ロ　指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数が次の表の上欄に掲げる員数の基準に該当する場合における通所リハビリテーション費については、同表の下欄に掲げるところにより算定する。

厚生労働大臣が定める医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員の員数の基準	厚生労働大臣が定める通所リハビリテーション費の算定方法
指定居宅サービス基準第百十一条に定める員数を置いていないこと。	指定居宅サービス介護給付費単位数表の所定単位数に百分の七十を乗じて得

	た単位数を用いて、指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の例により算定する。	

＜具体的な計算の方法＞

イ）人員基準上必要とされる員数から１割を超えて減少した場合には、その翌月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者の全員について所定単位数が減算されます。

（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員の算定式）

$$\frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} \quad < \quad 0.9 \quad \Rightarrow \quad \text{翌月から所定単位数に100分の70}$$

（介護職員の算定式）

$$\frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} \quad < 0.9 \quad \Rightarrow \quad \text{翌月から所定単位数に100分の70}$$

ロ）人員基準上必要とされる員数から１割の範囲内で減少した場合には、その翌々月から人員基準欠如が解消されるに至った月まで、利用者の全員について所定単位数が減算されます（ただし、翌月の末日において人員基準を満たすに至っている場合を除く）。

（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員の算定式）

$$0.9 \quad \leqq \quad \frac{\text{サービス提供日に配置された延べ人数}}{\text{サービス提供日数}} \quad < \quad 1.0 \quad \Rightarrow \quad \text{翌々月から所定単位数に100分の70}$$

（介護職員の算定式）

$$0.9 \quad \leqq \quad \frac{\text{当該月に配置された職員の勤務延時間数}}{\text{当該月に配置すべき職員の勤務延時間数}} \quad < \quad 1.0 \quad \Rightarrow \quad \text{翌々月から所定単位数に100分の70}$$

●国Q&A

【「「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について」の発出に伴うＱ＆Ａ（令和８年５月８日）】

（問２）

「突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情」とはどのような場合か。

（答）

- **例えば、以下のような場合において、職員が一時的に不足する状況が該当する。**
  - **職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合**
  - **職員の自己都合による急な離職等が複数重なった場合**

なお、職員や家族の突発的な体調不良等により1か月を超える不在が見込まれる場合においては、公共職業安定所

又は都道府県ナースセンター、福祉人材センター等に求人の申込みを行うに当たって、職員の短期的な不在を補うためだけでなく、長期的に安定的な人材確保を図る観点から求人内容を検討すべきであることに留意すること。

（問3）

「1年に1回に限り、」とあるが、1年はいつから起算するのか。

（答）

・ 突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、人員欠如の発生が生じた日の属する月の翌々月の初日から起算する。

（問4）

「公共職業安定所又は無料職業紹介事業等を活用して職員の確保に係る取組を行っている場合においても、当該事業所又は施設が自ら採用情報をウェブサイトで公表する等、職員の確保に係る取組を積極的に行っていることが望ましい」とあるが、自ら管理するホームページ等を有しない場合はどのように対応するか。

（答）

・ 自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

（３）高齢者虐待防止措置未実施減算

所定単位数の100分の１

【算定に関する基準（厚告19別表７注２）（厚労告127別表５注２）】

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、高齢者虐待防止措置未実施減算として、所定単位数の100分の1に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第24の２）（厚労告95第106の４）】

指定居宅サービス等基準第百十九条において準用する指定居宅サービス等基準第三十七条の二に規定する基準に適合していること。

【指定居宅サービス等基準第119条(第37条の2準用)】

指定通所リハビリテーション事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じなければならない。

一 当該指定通所リハビリテーション事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、通所リハビリテーション従業員等に周知徹底を図ること。

二 当該指定通所リハビリテーション事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。

三 当該指定通所リハビリテーション事業所において、通所リハビリテーション従業員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。

四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。

【留意事項（老企第36第二８（３）（老企36第二２（10）参照））（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（２）（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二２（２）参照））】

高齢者虐待防止措置未実施減算については、事業所において高齢者虐待が発生した場合ではなく、指定居宅サービス基準第37条の2(指定居宅サービス等基準第39条の3において準用する場合を含む。)に規定する措置を講じていない場合に、利用者全員について所定単位数から減算することとなる。具体的には、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年1回以上の研修を実施

していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合、速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から3月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、利用者全員について所定単位数から減算することとする。

【国Q＆A】

【令和6年度改定関係Q&A(vol.1)(令和6年3月15日)】

(問167)　高齢者虐待が発生していない場合においても、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていなければ減算の適用となるのか。

(回答)

・ 減算の適用となる。
・ なお、全ての措置の一つでも講じられていなければ減算となることに留意すること。

(問７)　「同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物」に該当するもの以外の集合住宅に居住する利用者に対し訪問する場合、利用者が１月あたり２０人以上の場合減算の対象となるが、算定月の前月の実績で減算の有無を判断することとなるのか。

(回答)　算定月の実績で判断することとなる。

(問168)　運営指導等で行政機関が把握した高齢者虐待防止措置が講じられていない事実が、発見した日の属する月より過去の場合、遡及して当該減算を適用するのか。

(回答)　過去に遡及して当該減算を適用することはできず、発見した日の属する月が「事実が生じた月」となる。

(問169)　高齢者虐待防止措置未実施減算については、虐待の発生又はその再発を防止するための全ての措置（委員会の開催、指針の整備、研修の定期的な実施、担当者を置くこと）がなされていない事実が生じた場合、「速やかに改善計画を都道府県知事に提出した後、事実が生じた月から三月後に改善計画に基づく改善状況を都道府県知事に報告することとし、事実が生じた月の翌月から改善が認められた月までの間について、入居者全員について所定単位数から減算することとする。」こととされているが、施設・事業所から改善計画が提出されない限り、減算の措置を行うことはできないのか。

(回答)　改善計画の提出の有無に関わらず、事実が生じた月の翌月から減算の措置を行って差し支えない。当該減算は、施設・事業所から改善計画が提出され、事実が生じた月から3か月以降に当該計画に基づく改善が認められた月まで継続する。

(問170)　居宅療養管理指導や居宅介護支援などの小規模な事業者では、実質的に従業者が1名だけということがあり得る。このような事業所でも虐待防止委員会の開催や研修を定期的にしなければならないのか。

(回答)

・ 虐待はあってはならないことであり、高齢者の尊厳を守るため、関係機関との連携を密にして、規模の大小に関わりなく虐待防止委員会及び研修を定期的に実施していただきたい。小規模事業所においては他者・他機関によるチェック機能が得られにくい環境にあることが考えられることから、積極的に外部機関等を活用されたい。
・ 例えば、小規模事業所における虐待防止委員会の開催にあたっては、法人内の複数事業所による合同開催、感染症対策委員会等他委員会との合同開催、関係機関等の協力を得て開催することが考えられる。
・ 研修の定期的実施にあたっては、虐待防止委員会同様法人内の複数事業所や他委員会との合同開催、都道府県や市町村等が実施する研修会への参加、複数の小規模事業所による外部講師を活用した合同開催等が考えられる。
・ なお、委員会や研修を合同で開催する場合は、参加した各事業所の従事者と実施したことの内容等が記録で確認できるようにしておくことに留意すること。
・ また、小規模事業所等における委員会組織の設置と運営や、指針の策定、研修の企画と運営に関しては、以下

の資料の参考例(※)を参考にされたい。

(※)社会福祉法人東北福祉会認知症介護研究・研修仙台センター「施設・事業所における高齢者虐待防止のための体制整備-令和3年度基準省令改正等に伴う体制整備の基本と参考例」令和3年度老人保健健康増進等事業、令和4年3月。

（４）業務継続計画未策定減算

所定単位数の100分の１

【算定に関する基準（厚告19別表７注３）（厚労告127別表５注２）】

別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合は、業務継続計画未策定減算として、所定単位数の100 分の１に相当する単位数を所定単位数から減算する。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第24の３）（厚労告95第106の４）】

指定居宅サービス等基準第百十九条において準用する指定居宅サービス等基準第三十条の二第一項に規定する基準に適合していること。

【指定居宅サービス等基準第119条（第30条の２準用）】

指定通所リハビリテーション事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所リハビリテーションの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じなければならない。

２　指定通所リハビリテーション事業者は、通所リハビリテーション従業員等に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。

３　指定通所リハビリテーション事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

【留意事項（老企第36第二８（４）（老企36第二７（３）参照））（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（３））】

業務継続計画未策定減算については、指定居宅サービス等基準第119条において準用する第30条の２第１項に規定する基準を満たさない事実が生じた場合に、その翌月（基準を満たさない事実が生じた日が月の初日である場合は当該月）から基準を満たない状況が解消されるに至った月まで、当該事業所の利用者全員について、所定単位数から減算することとする。

なお、経過措置として、令和７年３月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定している場合には、当該減算は適用しないが、義務となっていることを踏まえ、速やかに作成すること。

【国Ｑ＆Ａ】

【令和６年度改定関係Ｑ＆Ａ（vol. ６）（令和６年５月17日）】

（問164）　業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

（回答）・感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。

・なお、令和３年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

（問165）　業務継続計画未策定減算の施行時期はどのようになるのか。

（回答）　業務継続計画未策定減算の施行時期は下記表のとおり。

	対象サービス	施行時期
①	通所介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型通所介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護	令和６年４月 ※ただし、令和７年３月31日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算を適用しない。
②	通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション	令和６年６月 ※上記①の※と同じ
③	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援、介護予防訪問入浴介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与、介護予防支援	令和７年４月

※居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導、特定福祉用具販売及び特定介護予防福祉用具販売には、業務継続計画未策定減算は適用されない。

（問166）　行政機関による運営指導等で業務継続計画の未策定など不適切な運営が確認された場合、「事実が生じた時点」まで遡及して当該減算を適用するのか。

（回答）

- 業務継続計画未策定減算については、行政機関が運営指導等で不適切な取り扱いを発見した時点ではなく、「基準を満たない事実が生じた時点」まで遡及して減算を適用することとなる。
- 例えば、通所介護事業所が、令和７年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合（かつ、感染症の予防及びまん延の防止のための指針及び非常災害に関する具体的計画の策定を行っていない場合）、令和７年10月からではなく、令和６年４月から減算の対象となる。
- また、訪問介護事業所が、令和７年10月の運営指導等において、業務継続計画の未策定が判明した場合、令和７年４月から減算の対象となる。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol．６）（令和６年５月17日）】

（問７）　業務継続計画未策定減算はどのような場合に適用となるのか。

（回答）
- 感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合や、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算の対象となる。
- なお、令和３年度介護報酬改定において業務継続計画の策定と同様に義務付けられた、業務継続計画の周知、研修、訓練及び定期的な業務継続計画の見直しの実施の有無は、業務継続計画未策定減算の算定要件ではない。

（５）　感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応（３％加算）［通所リハ］

※令和６年６月１日以降、神奈川県内において対象となる感染症又は災害はありません。

【算定に関する基準（厚告19別表１注12）】

イ及びロについて、感染症又は災害（厚生労働大臣が認めるものに限る。）の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも100分の５以上減少している場合に、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所において、指定通所リハビリテーションを行った場合には、利用者数が減少した月の翌々月から３月以内に限り、１回につき所定単位数の100分の３に相当する単位数を所定単位数に加算する。ただし、利用者数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると認められる場合は、当該加算の期間が終了した月の翌月から３月以内に限り、引き続き加算することができる。

○　令和３年３月16日付け厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課他発出事務連絡「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和６年３月15日改正）がありますので、必ずご確認ください。

【ポイント】

・　令和６年６月１日（令和６年４月届出提出分）をもって、新型コロナウイルス感染症を理由とした３％加算、規模特例は終了しました。

・　**３％加算及び規模特例が適用される感染症又は災害の対象については、対象の変更が生じるたびに厚生労働省から通知が発出される予定です。**

【ポイント】

【令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol.１）（令和３年３月19日）】

（問５）　３％加算については、加算算定終了の前月においてもなお、利用延人員数が５％以上減少している場合は、加算算定の延長を希望する理由を添えて、加算算定延長の届出を行うこととなっているが、どのような理由があげられている場合に加算算定延長を認めることとすればよいのか。都道府県・市町村において、届出を行った通所介護事業所等の運営状況等を鑑み、判断することとして差し支えないのか

（回答）　通所介護事業所等から、利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること等の理由が提示された場合においては、加算算定の延長を認めることとして差し支えない。

（問４）　各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数は、認知症対応型通所介護については、留意事項通知第２の７（４）及び（５）を準用し算定することとなっているが、指定認知症対応型通所介事業者が指定介護予防認知症対応型通所介護事業者の指定をあわせて受けている場合であって両事業を一体的に実施している場合、指定介護予防認知症対応型通所介護事業所における平均利用延人員数を含むのか。

（回答）　貴見のとおり。

（問９）　「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（老認発0316第４号・老老発0316第３号令和３年３月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知。以下「本体通知」という。）において、各事業所における３％加算算定・規模区分の特例の適用に係る届出様式（例）が示されているが、届出にあたっては必ずこの様式（例）を使用させなければならないのか。都道府県や市町村において独自の様式を作成することは可能か。

（回答）

・　本体通知における届出様式（例）は、今回の取扱いについて分かりやすくお伝えする観点や事務手続きの簡素化を図る観点からお示ししたものであり、都道府県・市町村におかれては、できる限り届出様式（例）を活用されたい。

・　なお、例えば、届出様式（例）に加えて通所介護事業所等からなされた届出が適正なものであるか等を判断するために必要な書類等を求めることは差し支えない。

（問13）　３％加算や規模区分の特例を適用するにあたり、通所介護事業所等において利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はあるか。また、利用者又はその家族への説明や同意の取得が必要な場合、利用者又はその家族への説明を行ったことや、利用者又はその家族から同意を受けたことを記録する必要はあるか。

（回答）　３％加算や規模区分の特例を適用するにあたっては、通所介護事業所等が利用者又はその家族への説明や同意の取得を行う必要はない。なお、介護支援専門員が居宅サービス計画の原案の内容（サービス内容、サービス単位／金額等）を利用者又はその家族に説明し同意を得ることは必要である。

（問14）　３％加算や規模区分の特例を適用する場合は、通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用する必要があるのか。

（回答）　３％加算や規模区分の特例は、感染症や災害の発生を理由として利用延人員数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から設けられたものであり、この趣旨を鑑みれば、当該通所介護事業所等を利用する全ての利用者に対し適用することが適当である。

（問15）　第一号通所事業には、３％加算は設けられていないのか。

（回答）　貴見のとおり。なお、通所介護事業所等において、３％加算や規模区分の特例の適用対象となるか否かを判定する際の各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数の算定にあたっては、本体通知Ⅱ（３）にお示ししているとおり、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年３月１日老企第36 号）第２の７（４）を準用するものであることから、通所介護事業等と第一号通所介護事業が一体的に実施されている場合にあっては、第一号通所事業の平均利用延人員数を含むものとする。

【令和３年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol. ３）（令和３年３月26日）】

（問22）　３％加算や規模区分の特例の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨が厚生労働省より事務連絡で示されることとなっているが、対象となった後、同感染症又は災害による３％加算や規模区分の特例が終了する場合も事務連絡により示されるのか。

（回答）　新型コロナウイルス感染症による３％加算や規模区分の特例にかかる取扱いは、今後の感染状況等を踏まえ、厚生労働省にて終期を検討することとしており、追って事務連絡によりお示しする。なお、災害については、これによる影響が継続する期間等は地域によって異なることも想定されることから、特例の終期については、厚生労働省から考え方をお示しする、又は基本的に都道府県・市町村にて判断する等、その在り方については引き続き検討を行った上で、お示ししていくこととする。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol. １）（令和６年３月15日）】

（問68）　基本報酬への３％加算（以下「３％加算」という。）や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例（以下「規模区分の特例」という。）では、現に感染症や災害の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、減少の具体的な理由は問わないのか。

（回答）　対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせした感染症又は災害については、利用延人員数の減少が生じた具体的な理由は問わず、当該感染症又は災害の影響と想定される利用延人員数の減少が一定以上生じている場合にあっては、３％加算や規模区分の特例を適用することとして差し支えない。

（問69）　各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数は、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12 年３月１日老企第36 号）（以下「留意事項通知」という。）第２の７（４）及び（５）を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第２の８（２）及び（８）を準用し算定することとなっているが、感染症の感染拡大防止のため、都道府県等からの休業の要請を受けた事業所にあっては、休業要請に従って休業した期間を、留意事項通知の「正月等の特別な期間」として取り扱うことはできるか。

（回答）　留意事項通知において「一月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月における平均利用延人員数については、当該月の平均利用延人員数に七分の六を乗じた数によるものとする。」としているのは、「正月等の特別な期間」においては、ほとんど全ての事業所がサービス提供を行っていないものと解されるためであり、この趣旨を鑑みれば、都道府県等からの休業の要請を受け、これに従って休業した期間や、自主的に休業した期間を「正月等の特別な期間」として取り扱うことはできない。

なお、通所介護、通所リハビリテーションにあっては、留意事項通知による事業所規模区分の算定にあたっても、同様の取扱いとすることとする。

（問70）　規模区分の特例適用の届出は年度内に１度しか行うことができないのか。例えば、一度利用延人員数が減少し規模区分の特例を適用した場合において、次月に利用延人員数が回復し、規模区分の特例の適用を終了した事業所があったとすると、当該事業所はその後再び利用延人員数が減少した場合でも、再度特例の適用の届出を行うことはできないのか。

（回答）　通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション事業所（大規模型）については、利用延人員数の減少が生じた場合においては、感染症又は災害（規模区分の特例の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）が別事由であるか否かに関わらず、年度内に何度でも規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うことが可能である。また、同一のサービス提供月において、３％加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことはできないが、同一年度内に３％加算の算定と規模区分の特例の適用の両方を行うことは可能であり、例えば、以下も可能である。（なお、同時に３％加算の算定要件と規模区分の特例の適用要件のいずれにも該当する場合は、規模区分の特例を適用することとなっていることに留意すること。）

・　年度当初に３％加算算定を行った事業所について、３％加算算定終了後に規模区分の特例適用の届出及びその適用を行うこと。（一度３％加算を算定したため、年度内は３％加算の申請しか行うことができないということはない。）

・　年度当初に規模区分の特例適用を行った事業所について、規模区分の特例適用終了後に３％加算算定の届出及びその算定を行うこと。（一度規模区分の特例を適用したため、年度内は規模区分の特例の適用しか行うことができないということはない。）

（問72）　感染症又は災害の影響による他の事業所の休業やサービス縮小等に伴って、当該事業所の利用者を臨時的に受け入れた結果、利用者数が増加した事業所にあっては、各月の利用延人員数及び前年度１月当たりの平均利用延人員数の算定にあたり、やむを得ない理由により受け入れた利用者について、その利用者を明確に区分した上で、平均利用延人員数に含まないこととしても差し支えないか。

（回答）　差し支えない。本体通知においてお示ししているとおり、各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数の算定にあたっては、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年３月１日老企第36号）（以下「留意事項通知」という。）第２の７（５）を、通所リハビリテーションについては留意事項通知第２の８（２）を準用することとしており、同項中の「災害その他やむを得ない理由」には、当該感染症又は災害の影響も含まれるものである。なお、感染症又は災害の影響により休業やサービス縮小等を行った事業所の利用者を臨時的に受け入れた後、当該事業所の休業やサービス縮小等が終了してもなお受け入れを行った利用者が３％加算の算定や規模区分の特例を行う事業所を利用し続けている場合、当該利用者については、平均利用延人員数に含めることとする。

また、通所介護、通所リハビリテーションにあっては、留意事項通知による事業所規模区分の算定にあたっても、同様の取扱いとすることとする。

（問73）　感染症又は災害の影響により利用延人員数が減少した場合、３％加算算定の届出は年度内に１度しか行うことができないのか。例えば、一度利用延人員数が減少し３％加算算定の届出を行い加算を算定した場合において、次月に利用延人員数が回復し、３％加算の算定を終了した事業所があったとすると、当該事業所はその後再び利用延人員数が減少した場合でも、再度３％加算を算定することはできないのか。

（回答）　感染症や災害（３％加算の対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせしたものに限る。）によって利用延人員数の減少が生じた場合にあっては、基本的に一度３％加算を算定した際とは別の感染症や

災害を事由とする場合にのみ、再度３％加算を算定することが可能である。

（問74）　３％加算や規模区分の特例の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨が厚生労働省より事務連絡で示されることとなっているが、対象となった後、同感染症又は災害による３％加算や規模区分の特例が終了する場合も事務連絡により示されるのか。

（回答）　３％加算及び規模区分の特例の終期については、対象となる感染症や災害により、これによる影響が継続する地域、期間が異なることから、その都度検討を行い対応をお示しする。

（６）　理学療法士等体制強化加算[通所リハ]

30単位／日

【算定に関する基準（厚告19別表７注５）】

イ（１）及びロ（１）（※）について、指定居宅サービス基準第111条に規定する配置基準を超えて、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で２名以上配置している事業所については、１日につき30単位を所定単位数に加算する。

（※）イ（１）及びロ（１）…所要時間１時間以上２時間未満の場合

【留意事項（老企36第二８（６））】

１時間以上２時間未満の指定通所リハビリテーションにおける理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を専従かつ常勤で２名以上配置している事業所の加算の取扱いについて

注５における「専従」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所において行うリハビリテーションについて、当該リハビリテーションを実施する時間に専らその職務に従事していることで足りるものとすること。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol.１）（平成21年３月23日）】

（問57）　理学療法士等体制強化加算について、常勤かつ専従２名以上の配置は通常の通所リハの基準に加えて配置が必要か。また、通所リハビリテーションの単位毎の配置が必要となるのか。

（回答）　居宅基準上求められる配置数を含めて常勤かつ専従２名以上の配置を必要とするもの。

（７）　時間延長サービス加算[通所リハ]

８時間以上９時間未満＝ 50単位／回、９時間以上10時間未満＝100単位／回
10時間以上11時間未満＝150単位／回、11時間以上12時間未満＝200単位／回
12時間以上13時間未満＝250単位／回、13時間以上14時間未満＝300単位／回

【算定に関する基準（厚告19別表７注６）】

電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所において、日常生活上の世話を行った後に引き続き、所要時間７時間以上８時間未満の指定通所リハビリテーションを行った場合又は所要時間７時間以上８時間未満の指定通所リハビリテーションを行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合であって、当該指定通所リハビリテーションの所要時間と当該指定通所リハビリテーションの前後に行った日常生活上の世話の所要時間を通算した時間が、８時間以上となった場合は、次に掲げる区分に応じ、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

【留意事項（老企36第二８（７））】

（７時間以上８時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して延長サービスを行った場合の取扱い）

①　当該加算は、所要時間７時間以上８時間未満の指定通所リハビリテーションの前後に連続して指定通所リハビリテーションを行う場合について、６時間を限度として算定されるものである。

例えば、８時間の指定通所リハビリテーションの後に連続して２時間の延長サービスを行った場合や、８時間

の指定通所リハビリテーションの前に連続して１時間、後に連続して１時間、合計２時間の延長サービスを行った場合には、２時間分の延長サービスとして100 単位を算定する。

② 当該加算は指定通所リハビリテーションと延長サービスを通算した時間が８時間以上の部分について算定されるものであるため、例えば、７時間の指定通所リハビリテーションの後に連続して２時間の延長サービスを行った場合には、指定通所リハビリテーションと延長サービスの通算時間は９時間であり、１時間分（時間＝９時間－８時間）の延長サービスとして50 単位を算定する。

③ 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な体制にあり、かつ、実際に延長サービスを行った場合に算定されるものであるが、当該事業所の実情に応じて、適当数の従業者を置いていることが必要である。

【ポイント】

時間延長サービスについて、時間延長サービス加算として請求するか、運営基準に定める特別なサービス費用として全額利用者負担で徴収するかは事業所で選択することができます。

ただし、当然、同一時間帯について延長加算と特別なサービス費用を二重に徴収することはできません。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol．１)（平成24年３月16日）】

(問61) 延長加算の所要時間はどのように算定するのか。

(回答) 延長加算は、実際に利用者に対して延長サービスを行うことが可能な事業所において、実際に延長サービスを行ったときに、当該利用者について算定できる。

通所サービスの所要時間と延長サービスの所要時間の通算時間が、例えば通所介護の場合であれば9時間以上となるときに1時間ごとに加算するとしているが、ごく短時間の延長サービスを算定対象とすることは当該加算の趣旨を踏まえれば不適切である。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol．３）（令和３年３月26日）】

(問27) 所要時間が８時間未満の場合でも、延長加算を算定することはできるか。

(回答) 延長加算は、所要時間８時間以上９時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、算定できない。

(問28) サービス提供時間の終了後から延長加算に係るサービスが始まるまでの間はどのような人員配置が必要となるのか。

(回答) 延長加算は、所要時間８時間以上９時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、例えば通所介護等のサービス提供時間を８時間30分とした場合、延長加算は８時間以上９時間未満に引き続き、９時間以上から算定可能である。サービス提供時間終了後に日常生活上の世話をする時間帯（９時間に到達するまでの30分及び９時間以降）については、サービス提供時間ではないことから、事業所の実情に応じて適当数の人員を配置していれば差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。

(問29) 延長サービスに係る利用料はどのような場合に徴収できるのか。

(回答) 通常要する時間を超えた場合の延長サービスに係る利用料については、サービス提供時間が９時間未満である場合において行われる延長サービスやサービス提供時間が14時間以上において行われる延長サービスについて徴収できるものである。また、サービス提供時間が14時間未満である場合において行われる延長サービスについて、延長加算にかえて徴収することができる。（同一時間帯について延長加算に加えて利用料を上乗せして徴収することはできない。）なお、当該延長加算を算定しない場合においては、延長サービスに係る届出を行う必要はない。

（参考）延長加算及び延長サービスに係る利用料徴収の例

① サービス提供時間が８時間であって、６時間延長サービスを実施する場合

→８時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が８時間以上９時間未満の場合として算定し、

９時間以降14時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定する。

② サービス提供時間が８時間であって、７時間延長サービスを実施する場合

→８時間までの間のサービス提供に係る費用は、所要時間区分が８時間以上９時間未満の場合として算定し、９時間以降14時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長加算を算定し、14時間以降15時間までの間のサービス提供に係る費用は、延長サービスに係る利用料として徴収する。

（８）リハビリテーション提供体制加算[通所リハ]

３時間以上４時間未満　12単位／回
４時間以上５時間未満　16単位／回
５時間以上６時間未満　20単位／回
６時間以上７時間未満　24単位／回
７時間以上　28単位／回

【算定に関する基準（厚告19別表７注７）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所については、リハビリテーション提供体制加算として、通所リハビリテーション計画に位置付けられた内容の指定通所リハビリテーションを行うのに要する標準的な時間に応じ、それぞれ次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。

【厚生労働大臣が定める基準　厚労告95号　第24の４】

指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が二十五又はその端数を増すごとに一以上であること。

【留意事項（老企36第二８（８））】

「当該事業所の利用者の数」とは、指定通所リハビリテーション事業者と指定介護予防通所リハビリテーション事業者の指定を併せて受け、指定通所リハビリテーションの事業と指定介護予防通所リハビリテーションの事業とが同一の事業所において一体的に運営されている場合にあっては、指定通所リハビリテーションの利用者数と指定介護予防通所リハビリテーションの利用者数の合計をいいます。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.３)（平成30年４月13日）】

（問２）　リハビリテーション提供体制加算の算定要件は「指定通所リハビリテーション事業所において、常時、当該事業所に配置されている理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の合計数が、当該事業所の利用者の数が25又はその端数を増すごとに１以上であること。」とされているが、ケアプランにおいて位置付けられた通所リハビリテーションのサービス提供時間帯を通じて、理学療法士等の合計数が利用者の数に対して25：１いれば良いということか。

（回答）　貴見のとおり。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.２）（令和３年３月23日）】

（問28）　通所リハビリテーションの提供時間中にリハビリテーション会議を開催する場合、当該会議に要する時間は人員基準の算定に含めてよいか。

また、リハビリテーション会議を事業所以外の場所で開催する場合も人員基準の算定に含めてよいか。

（回答）　・　通所リハビリテーションの提供時間中に事業所内でリハビリテーション会議を開催する場合は、人員基準の算定に含めることができる。

・　リハビリテーション会議の実施場所が事業所外の場合は、人員基準の算定に含めない。

・　リハビリテーション提供体制加算に定める理学療法士等の配置についても同様に扱う。
・　また、利用者のサービス提供時間中にリハビリテーション会議を実施して差し支えない。

（９）中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算　［通所リハ・予防リハ］
所定単位数の100分の５に相当する単位数

【算定に関する基準（厚告19別表７注８）（厚労告127別表５注４）】
指定通所リハビリテーション事業所の医師等が、別に厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域（指定居宅サービス基準第１１７条第６号に規定する通常の事業の実施地域をいう。）を越えて、指定通所リハビリテーションを行った場合は、１日につき所定単位数の１００分の５に相当する単位数を所定単位数に加算する。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告83第２）】
次のいずれかに該当する地域
イ　離島振興法（昭和二十八年法律第七十二号）第二条第一項の規定により指定された離島振興対策実施地域
ロ　奄美群島振興開発特別措置法（昭和二十九年法律第百八十九号）第一条に規定する奄美群島
ハ　豪雪地帯対策特別措置法（昭和三十七年法律第七十三号）第二条第一項に規定する豪雪地帯及び同条第二項の規定により指定された特別豪雪地帯
ニ　辺地に係る公共的施設の総合整備のための財政上の特別措置等に関する法律（昭和三十七年法律第八十八号）第二条第一項に規定する辺地
ホ　山村振興法（昭和四十年法律第六十四号）第七条第一項の規定により指定された振興山村
ヘ　小笠原諸島振興開発特別措置法（昭和四十四年法律第七十九号）第四条第一項に規定する小笠原諸島
ト　半島振興法（昭和六十年法律第六十三号）第二条第一項の規定により指定された半島振興対策実施地域
チ　特定農山村地域における農林業等の活性化のための基盤整備の促進に関する法律（平成五年法律第七十二号）第二条第一項に規定する特定農山村地域
リ　過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法（令和三年法律第十九号）第二条第二項の規定により公示された過疎地域
ヌ　沖縄振興特別措置法（平成十四年法律第十四号）第三条第三号に規定する離島

※　本県内での該当地域は次のとおり。
山北町、湯河原町、清川村、相模原市緑区（旧津久井町、旧藤野町）、南足柄市（旧北足柄村＝内山、矢倉沢）、大井町（旧相和村＝赤田、高尾、柳、篠窪）、松田町（旧寄村、旧松田町＝松田町全域）、真鶴町

【留意事項（老企36第二８（９）（老企36第二２（19）参照））】
この加算を算定する利用者については、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号。以下「指定居宅サービス基準」という。）第20条第３項に規定する交通費の支払いを受けることとする。

（10）入浴介助加算［通所リハ］
（Ⅰ）40単位／日
（Ⅱ）60単位／日

【算定に関する基準（厚告19別表７注９）】
別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、当該基準による入浴介助を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１日につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、

次に掲げるその他の加算は算定しない。

【厚生労働大臣が定める基準　厚労告95号　第24の４】

イ　入浴介助加算(Ⅰ)　入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われる入浴介助であること。

ロ　入浴介助加算(Ⅱ)　次のいずれにも適合すること。

（１）　イに掲げる基準に適合すること。

（２）　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下この号において「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価し、かつ、当該訪問において、当該居宅の浴室が、当該利用者自身又はその家族等の介助により入浴を行うことが難しい環境にあると認められる場合は、訪問した医師等が、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行うこと。ただし、医師等による利用者の居宅への訪問が困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が利用者の居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が当該評価及び助言を行っても差し支えないものとする。

【留意事項（老企36第二８（12））】

ア　入浴介助加算（Ⅰ）

①　入浴介助加算（Ⅰ）は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合について算定されるものである（大臣基準告示24の４）が、この場合の「観察」とは、自立生活支援のための見守り的援助のことであり、利用者の自立支援や日常生活動作能力などの向上のために、利用者自身の力で入浴し、必要に応じて介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを行うことにより、結果として、身体に直接接触する介助を行わなかった場合についても、加算の対象となるものであること。なお、この場合の入浴には、利用者の自立生活を支援する上で最適と考えられる入浴手法が、部分浴（シャワー浴）や清拭である場合は、これを含むものとする。

②　通所リハビリテーション計画上、入浴の提供が位置付けられている場合に、利用者側の事情により、入浴を実施しなかった場合については、算定できない。

イ　入浴介助加算(Ⅱ)

①　ア①及び②を準用する。なお、ア①の「入浴介助加算（Ⅰ）」は、「入浴介助加算（Ⅱ）」に読み替えるものとする。

②　入浴介助加算（Ⅱ）は、利用者が居宅において、自身で又は家族若しくは居宅で入浴介助を行うことが想定される訪問介護員等（以下、「家族・訪問介護員等」という。）の介助によって入浴ができるようになることを目的とし、以下ａ～ｃを実施することを評価するものである。なお、入浴介助加算（Ⅱ）の算定に関係する者は、利用者の状態に応じ、自身で又は家族・訪問介護員等の介助により尊厳を保持しつつ入浴ができるようになるためには、どのような介護技術を用いて行うことが適切であるかを念頭に置いた上で、ａ～ｃを実施する。

ａ　医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者（以下、「医師等」という。）が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価する。その際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

（※）当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが難しいと判断した場合は、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は指定福祉用具貸与事業所若しくは指定特定福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員と連携し、利用者及び当該利用者を担当する介護支援専門員等に対し、福祉用具の貸与若しくは購入又は住宅改修等の浴室の環境整備に係る助言を行う。

なお、医師等が訪問することが困難な場合には、医師等の指示の下、介護職員が居宅を訪問し、情報通信機器等を活用して把握した浴室における利用者の動作及び浴室の環境を踏まえ、医師等が評価及び助言を行うこともできることとする。ただし、情報通信機器等の活用については、当該利用者等の同意を得なければならないこと。また、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

b 指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、医師との連携の下で、当該利用者の身体の状況や訪問により把握した当該利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

c bの入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行う。なお、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境については、大浴槽等においても、手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し、浴室の手すりの位置や使用する浴槽の深さ及び高さ等を踏まえることで、利用者の居宅の浴室環境の状況を再現していることとして差し支えないこととする。また、入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態をふまえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得にあたっては、既存の研修等を参考にすること。

③ （2）における居宅への訪問の際、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が、入浴に係る適切な介護技術に基づいて、利用者の動作を踏まえ、利用者自身で又は家族・訪問介護員等の介助により入浴を行うことが可能であると判断した場合、指定通所リハビリテーション事業所に対しその旨情報共有する。また、当該利用者の居宅を訪問し評価した者が指定通所リハビリテーション事業所の従業者以外の者である場合は、書面等を活用し、十分な情報共有を行うよう留意すること。

④ 入浴介助を行う際は、関係計画等の達成状況や利用者の状態を踏まえて、自身で又は家族・訪問介護員等の介助によって入浴することができるようになるよう、必要な介護技術の習得に努め、これを用いて行われるものであること。なお、必要な介護技術の習得に当たっては、既存の研修等を参考にすること。

【国Q＆A】

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.８）（令和３年４月26日）】

（問３） 入浴介助加算(Ⅱ)については、算定にあたって利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この評価は算定開始後も定期的に行う必要があるのか。

（回答） 当該利用者の身体状況や居宅の浴室の環境に変化が認められた場合に再評価や個別の入浴計画の見直しを行うこととする。

（問４） 入浴介助加算(Ⅱ)では、個別の入浴計画に基づき、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて、入浴介助を行うこととなっているが、この場合の入浴介助とは具体的にどのような介助を想定しているのか。

（回答） 利用者の入浴に係る自立を図る観点から、入浴に係る一連の動作のうち、利用者が自身の身体機能のみを活用し行うことができる動作については、引き続き実施できるよう見守り的援助を、介助を行う必要がある動作については、利用者の状態に応じた身体介助を行う。なお、入浴介助加算(Ⅱ)の算定にあたっての関係

者は、利用者の尊厳の保持に配慮し、その状態に応じ、利用者自身で又は家族等の介助により入浴ができるようになるよう、常日頃から必要な介護技術の習得に努めるものとする。

＜参考：利用者の状態に応じた身体介助の例＞

※　以下はあくまでも一例であり、同加算算定に当たって必ず実施しなければならないものではない。

○　座位保持ができるかつ浴槽をまたぐ動作が難しい利用者が浴槽に出入りする場合

利用者の動作	介助者の動作
	シャワーチェア（座面の高さが浴槽の高さと同等のもの）、浴槽用手すり、浴槽内いすを準備する。
シャワーチェアに座る。	
シャワーチェアから腰を浮かせ、浴槽の縁に腰掛ける。	介助者は、利用者の足や手の動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
足を浴槽に入れる。	介助者は、利用者の体を支え、足を片方ずつ浴槽に入れる動作の声かけをする。必要に応じて、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足を入れるための持ち上げ動作を支える。
ゆっくり腰を落とし、浴槽内いすに腰掛けて、湯船につかる。	声かけをし、必要に応じて、利用者の上半身を支える。
浴槽用手すりにつかまって立つ。	必要に応じて、利用者の上半身を支える。
浴槽の縁に腰掛け、浴槽用手すりをつかみ、足を浴槽から出す。	必要に応じて、浴槽台を利用し、利用者の上半身を支えたり、浴槽に足を入れるための持ち上げ動作を支える。
浴槽の縁から腰を浮かせ、シャワーチェアに腰掛ける。	必要に応じて、利用者の上半身や下肢を支える。
シャワーチェアから立ち上がる。	

（問５）　入浴介助加算(Ⅱ)については、個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境（手すりなど入浴に要する福祉用具等を活用し利用者の居宅の浴室の環境を個別に模したもの）にて、入浴介助を行うこととなっているが、例えばいわゆる大浴槽に福祉用具等を設置すること等により利用者の居宅の浴室の状況に近い環境を再現することとしても差し支えないのか。

（回答）　例えば、利用者の居宅の浴室の手すりの位置や浴槽の深さ・高さ等にあわせて、可動式手すり、浴槽内台、すのこ等を設置することにより、利用者の居宅の浴室の状況に近い環境が再現されていれば、差し支えない。

（問６）　同一事業所において、入浴介助加算(Ⅰ)を算定する者と入浴介助加算(Ⅱ)を算定する者が混在しても差し支えないか。また、混在しても差し支えない場合、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準、指定介護予防支援に要する費用の額の算定に関する基準、指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う介護給付費算定に係る体制等に関する届出等における留意点について」（平成12年３月８日老企第41号）に定める「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（居宅サービス・施設サービス・居宅介護支援）」等はどのように記載させればよいか。

（回答）　前段については、差し支えない。後段については、「加算Ⅱ」と記載させることとする。（「加算Ⅱ」と記載した場合であっても、入浴介助加算(Ⅰ)を算定することは可能である。）

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）】

（問62）　入浴介助加算(Ⅱ)は、利用者が居宅において利用者自身で又は家族等の介助により入浴を行うことができ

るようになることを目的とするものであるが、この場合の「居宅」とはどのような場所が想定されるのか。

（回答）　・　利用者の自宅（高齢者住宅（居室内の浴室を使用する場合のほか、共同の浴室を使用する場合も含む。）を含む。）のほか、利用者の親族の自宅が想定される。なお、自宅に浴室がない等、具体的な入浴場面を想定していない利用者や、本人が希望する場所で入浴するには心身機能の大幅な改善が必要となる利用者にあっては、以下①～⑤をすべて満たすことにより、当面の目標として通所介護等での入浴の自立を図ることを目的として、同加算を算定することとしても差し支えない。

① 通所介護等事業所の浴室において、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者が利用者の動作を評価する。

② 通所介護等事業所において、自立して入浴することができるよう必要な設備（入浴に関する福祉用具等）を備える。

③ 通所介護等事業所の機能訓練指導員等が共同して、利用者の動作を評価した者等との連携の下で、当該利用者の身体の状況や通所介護等事業所の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成する。なお、個別の入浴計画に相当する内容を通所介護計画の中に記載する場合は、その記載をもって個別の入浴計画の作成に代えることができるものとする。

④ 個別の入浴計画に基づき、通所介護等事業所において、入浴介助を行う。

⑤ 入浴設備の導入や心身機能の回復等により、通所介護等以外の場面での入浴が想定できるようになっているかどうか、個別の利用者の状況に照らし確認する。

・　なお、通所リハビリテーションについても同様に取り扱う。

（問63）　入浴介助加算(Ⅱ)について、医師、理学療法士、作業療法士、介護福祉士若しくは介護支援専門員又は利用者の動作及び浴室の環境の評価を行うことができる福祉用具専門相談員、機能訓練指導員、地域包括支援センターの職員その他住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者が利用者の居宅を訪問し、浴室における当該利用者の動作及び浴室の環境を評価することとなっているが、この「住宅改修に関する専門的知識及び経験を有する者」とはどのような者が想定されるか。

（回答）　福祉・住環境コーディネーター２級以上の者等が想定される。なお、通所リハビリテーションについても同様に取扱う。

（11）リハビリテーションマネジメント加算　［通所リハ］

イ　リハビリテーションマネジメント加算（イ）

（１）　通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して６月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合　560単位

（２）　当該日の属する月から起算して６月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合　240単位

ロ　リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

（１）　通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して６月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合　593単位

（２）　当該日の属する月から起算して６月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合　273単位

ハ　リハビリテーションマネジメント加算（ハ）

（１）　通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月から起算して６月以内の期間のリハビリテーションの質を管理した場合　793単位

（２）　当該日の属する月から起算して６月を超えた期間のリハビリテーションの質を管理した場合　473単位

【算定に関する基準（厚告19別表７注10）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同し、継続的にリハビリテーションの質を管理した場合は、リハビリテーションマネジメント加算として、次に掲げる区分に応じ、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。さらに、通所リハビリテーション計画について、指定通所リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、１月につき270単位を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、注15又は注18（１）若しくは（２）(二)を算定している場合は、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）は算定しない。

※注15…栄養アセスメント加算

注18…口腔機能向上加算

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第25）】

イ　リハビリテーションマネジメント加算（イ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録すること。

（２）　通所リハビリテーション計画（指定居宅サービス等基準第百十五条第一項に規定する通所リハビリテーション計画をいう。以下同じ。）について、当該計画の作成に関与した医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること。ただし、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が説明した場合は、説明した内容等について医師へ報告すること。

（３）　通所リハビリテーション計画の作成に当たって、当該計画の同意を得た日の属する月から起算して六月以内の場合にあっては一月に一回以上、六月を超えた場合にあっては三月に一回以上、リハビリテーション会議を開催し、利用者の状態の変化に応じ、通所リハビリテーション計画を見直していること。

（４）　指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、介護支援専門員に対

し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、利用者の有する能力、自立のために必要な支援方法及び日常生活上の留意点に関する情報提供を行うこと。

（５）　次のいずれかに適合すること。

（一）　指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、居宅サービス計画に位置付けた指定訪問介護の事業その他の指定居宅サービスに該当する事業に係る従業者と指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、当該従業者に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

（二）　指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定通所リハビリテーションの利用者の居宅を訪問し、その家族に対し、リハビリテーションに関する専門的な見地から、介護の工夫に関する指導及び日常生活上の留意点に関する助言を行うこと。

（６）　（１）から（５）までに掲げる基準に適合することを確認し、記録すること。

ロ　リハビリテーションマネジメント加算（ロ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　イ（１）から（６）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。

（２）　利用者ごとの通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

ハ　リハビリテーションマネジメント加算（ハ）

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　ロ（１）及び（２）に掲げる基準に適合すること。

（２）　当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を一名以上配置していること。

（３）　言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。

（４）　利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。）を実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。

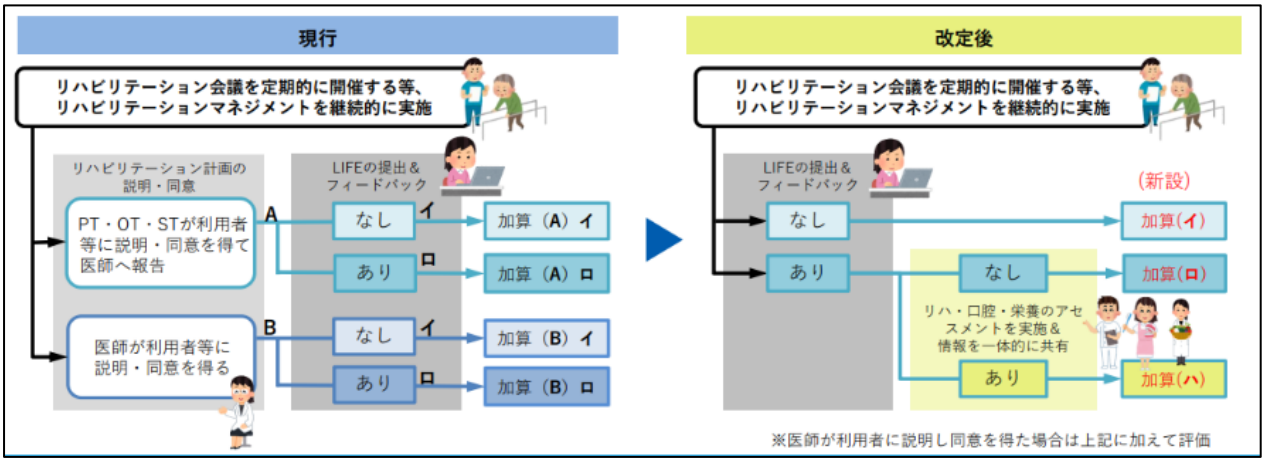
（５）　通所介護費等算定方法第二号に規定する基準に該当しないこと。

（６）　利用者ごとに、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員がその他の職種の者と共同して口腔の健康状態を評価し、当該利用者の口腔の健康状態に係る解決すべき課題の把握を行っていること。

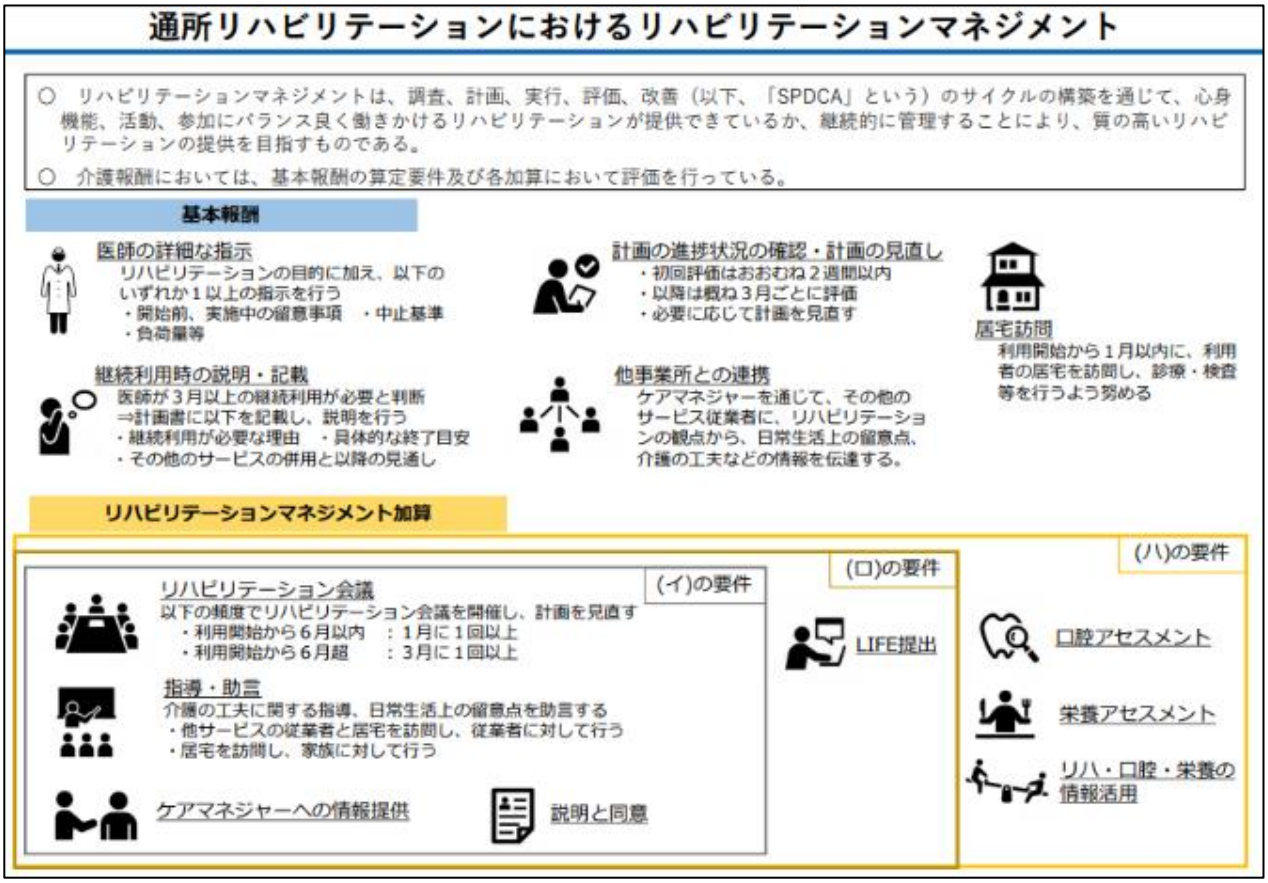
（７）　利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員その他の職種の者（（８）において「関係職種」という。）が、通所リハビリテーション計画等の内容等の情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報、利用者の栄養状態に関する情報及び利用者の口腔の健康状態に関する情報を相互に共有すること。

（８）　（７）で共有した情報を踏まえ、必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直し、当該見直しの内容を関係職種の間で共有していること。

【令和６年度報酬改定における変更】



【通所リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】



【留意事項（老企36第二８(13)】

① リハビリテーションマネジメント加算は、リハビリテーションの質の向上を図るため、多職種が共同して、心身機能、活動・参加をするための機能について、バランス良くアプローチするリハビリテーションが提供できているかを継続的に管理していることを評価するものである。なお、ＳＰＤＣＡサイクルの構築を含む、リハビリテーションマネジメントに係る実務等については、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）も参照すること。

② 本加算における、「同意を得た日」とは、通所リハビリテーションサービスの利用にあたり、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日をいい、当該計画の見直しの際に同意を得た日とは異なることに留意すること。

③ 利用者の同意を得た日の属する月から起算して６月を超えた場合であって、指定通所リハビリテーションのサービ

スを終了後に、病院等への入院又は他の居宅サービス等の利用を経て、同一の指定通所リハビリテーション事業所を再度利用した場合は、リハビリテーションマネジメント加算イ⑴、ロ⑴、ハ⑴を再算定することはできず、加算イ⑵、ロ⑵、ハ⑵を算定すること。

ただし、疾病が再発するなどにより入院が必要になった状態又は医師が集中的な医学的管理を含めた支援が必要と判断した等の状態の変化に伴う、やむを得ない理由がある場合であって、利用者又は家族が合意した場合には、加算イ⑴、ロ⑴、ハ⑴を再算定できるものであること

④　リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。

なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合においては、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

⑤　リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この⑤において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること。

⑥　リハビリテーション会議の開催頻度について、指定通所リハビリテーションを実施する指定通所リハビリテーション事業所若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施する指定介護予防通所リハビリテーション事業所並びに当該事業所の指定を受けている保険医療機関において、算定開始の月の前月から起算して前24月以内に介護保険または医療保険のリハビリテーションに係る報酬の請求が併せて６月以上ある利用者については、算定当初から３月に１回の頻度でよいこととする。

⑦　大臣基準第25号ロ及びハ規定する厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、ＳＰＤＣＡサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

⑧　リハビリテーションマネジメント加算(ハ)について

イ　栄養アセスメントにおける考え方は、栄養アセスメント加算と同様であるので参照されたい。

ロ　口腔の健康状態の評価における考え方は、口腔機能向上加算と同様であるので参照されたい。

ハ　リハビリテーション、口腔、栄養の一体的取組についての基本的な考え方は別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参考とし、関係職種間で共有すべき情報は、同通知の様式１－１を参考とした上で、常に当該事業所の関係職種により閲覧が可能であるようにすること。

★公益社団法人国民健康保険中央会への情報提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。

【参照する通知の掲載場所】

①　「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」

掲載場所：介護情報サービスかながわ(https://kaigo.rakuraku.or.jp/)

→文書/カテゴリ検索

→３．加算届

→８．通所リハビリテーション

→リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について

② 「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」

掲載場所：介護情報サービスかながわ(https://kaigo.rakuraku.or.jp/)

→文書/カテゴリ検索

→令和６年度介護保険制度改正・報酬改定

→科学的介護情報システム（LIFE）について

→科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について

【国Q＆A】

【平成18年４月改定関係Q&A(vol.１)（平成18年３月22日）】

(問54)　リハビリテーションマネジメント加算を算定するに当たっては、理学療法士等の配置は基準を満たしていれば問題ないか。

(回答)　リハビリテーションマネジメントについては、体制よりもプロセスを重視する観点から加算を行うものであり、要件にあるプロセスを適切に踏んでいれば、算定可能である。

【平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成24年３月16日）】

(問76)　入院等の理由により、通所リハビリテーションの利用が中断された後、再度、通所リハビリテーションを利用する場合にあっては、再度、利用者の居宅への訪問は必要か。

(回答)　通所リハビリテーションの利用再開後にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合に必ずしも利用者の居宅を訪問する必要はないが、利用者の状態や居宅の状況に変化がある場合は、必要に応じて利用者の居宅への訪問する必要があることが望ましい。

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年４月１日）】

(問82)　介護支援専門員が開催する「サービス担当者会議」に参加し、リハビリテーション会議同等の構成員の参加とリハビリテーション計画に関する検討が行われた場合は、リハビリテーション会議を開催したものと考えてよいのか。

(回答)　サービス担当者会議からの一連の流れで、リハビリテーション会議と同様の構成員によって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を共有した場合は、リハビリテーション会議を行ったとして差し支えない。

(問83)　リハビリテーション会議に欠席した構成員がいる場合、サービス担当者会議と同様に照会という形をとるのか。

(回答)　照会は不要だが、会議を欠席した居宅サービス等の担当者等には、速やかに情報の共有を図ることが必要である。

【平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.１)（平成30年３月23日）】

(問52)　リハビリテーションの実施に当たり、医師の指示が求められているが、医師がリハビリテーション実施の当日に指示を行わなければならないか。

(回答)

- 毎回のリハビリテーションは、医師の指示の下、行われるものであり、当該の指示は利用者の状態等を踏まえて適時適切に行われることが必要であるが、必ずしも、リハビリテーションの提供の日の度に、逐一、医師が理学療法士等に指示する形のみを求めるものではない。
- 例えば、医師が状態の変動の範囲が予想できると判断した利用者について、適当な期間にわたり、リハビリテーションの指示を事前に出しておき、リハビリテーションを提供した理学療法士等の記録等に基づいて、必要に応じて適宜指示を修正する等の運用でも差し支えない。

【平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.６)（平成30年８月６日）】

（問１）　リハビリテーションマネジメント加算におけるリハビリテーション会議の構成員である医師の参加については、テレビ電話等情報通信機器を使用しても差し支えないとされているが、テレビ電話等情報通信機器を使用する際の留意点は何か。

（回答）　利用者に関する情報の共有やリハビリテーション計画の内容について利用者等に説明を行うためのリハビリテーション会議への医師の参加にテレビ電話等情報通信機器を用いる場合、事業者はその旨を利用者にあらかじめ説明しておくこと。

また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末においてカンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第５版）」（平成29年５月）に対応していること。

≪参考≫

「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（第５版）」（平成29年５月）より（抄）

１　はじめに

（前略）

また、平成29年5月に、改正個人情報保護法が全面施行されることとなり、これに伴って個人情報保護委員会が「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）」（平成28年個人情報保護委員会告示第6号。以下「通則ガイドライン」という。）を公表した。この通則ガイドラインを踏まえ、医療・介護分野における個人情報の取扱いに係る具体的な留意点や事例等が「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（個人情報保護委員会、厚生労働省；平成29年4月14日）において示された。同ガイダンスでは、医療情報システムの導入及びそれに伴う外部保存を行う場合の取扱いにおいては本ガイドラインによることとされている。（本ガイドラインの6章、8章、付則1、及び付則2が該当）

本ガイドラインは、病院、一般診療所、歯科診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業者、医療情報連携ネットワーク運営事業者等（以下「医療機関等」という。）における電子的な医療情報の取扱いに係る責任者を対象とし、理解のしやすさを考慮して、現状で選択可能な技術にも具体的に言及した。従って、本ガイドラインは技術的な記載の陳腐化を避けるために定期的に内容を見直す予定である。本ガイドラインを利用する場合は最新の版であることに十分留意されたい。

【令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.２)（令和３年３月23日）】

（問12）　移行支援加算に係る解釈通知における、「(ⅰ)当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」は、具体的にはどのように算出するか。

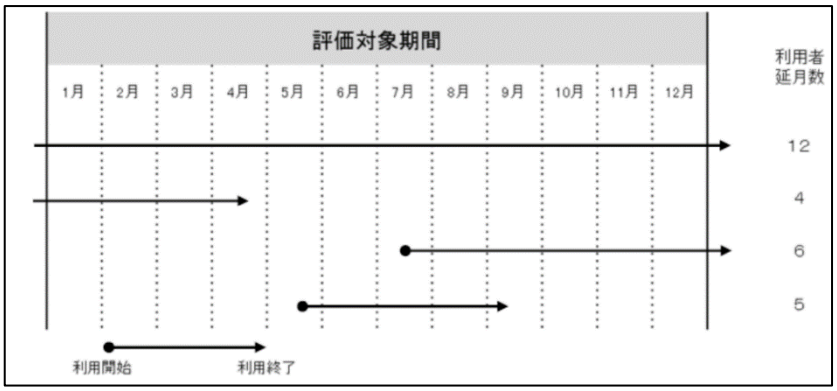
（回答）

・　移行支援加算は、利用者のＡＤＬ・ＩＡＤＬが向上し、社会参加に資する取組に移行する等を指標として、質の高いリハビリテーションを提供する事業所を評価するものである。
・　そのため、「社会参加への移行状況」と「サービスの利用の回転」を勘案することとしている。
・　このうち、「サービスの利用の回転」の算定方法は下記のとおりである。

$$\frac{12月}{平均利用月数} \geqq 25\%$$　（通所リハビリテーションは≧27％）

・　この平均利用月数を算出する際に用いる、「(ⅰ)当該事業所における評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計」とは、評価対象期間に当該事業所を利用した者の、評価対象期間におけるサービス利用の延月数（評価対象期間の利用者延月数）を合計するものである。なお、評価対象期間以外におけるサービスの利用は含まない。

(評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数のイメージ)



(問13)　リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件では、医師がリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明することとされている。リハビリテーション会議の構成員の参加については、テレビ電話装置等を使用しても差し支えないとされているが、リハビリテーション計画の内容について医師が利用者又はその家族へテレビ電話装置等を介して説明した場合、リハビリテーションマネジメント加算(B)の算定要件を満たすか。

(回答)　リハビリテーション会議の中でリハビリテーション計画の内容について利用者又はその家族へ説明する場合に限り満たす。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.３）（令和３年３月26日】

(問19)　科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ若しくは(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index（ＢＩ）のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

(回答)　ＢＩの提出については、通常、ＢＩを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

－　ＢＩに係る研修を受け、

－　ＢＩへの読み替え規則を理解し、

－　読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確なBIを別途評価する

等の対応を行い、提出することが必要である。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.５）（令和３年４月９日）】

(問４)　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16日老老発0316第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

(回答)

・　「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16日老老発0316第４号）においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものを用いることを求めるものではない。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）】

(問78)　リハビリテーションマネジメント加算の算定要件について、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、利用者の居宅を訪問し、その他指定居宅サービス従業者あるいは利用者の家族に対し指導や助言することとなっているが、その訪問頻度はどの程度か。

(回答)　訪問頻度については、利用者の状態等に応じて、通所リハビリテーション計画に基づき適時適切に実施す

ること。

(問79)　理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による居宅への訪問時間は人員基準の算定外となるのか。

(回答)　訪問時間は、通所リハビリテーション、病院、診療所及び介護老人保健施設、介護医療院の人員基準の算定に含めない。

(問80)　リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定した翌月に、栄養アセスメント加算を算定する場合、LIFEへのデータ提出は必要か。

(回答)　・　利用者の状況に変化がないと判断される場合、LIFEにデータを提出する必要はない。
・　ただし、栄養アセスメントを行った日の属する月から少なくとも３月に１回はLIFEにデータを提出すること。

(問81)　リハビリテーションマネジメント加算の算定要件において、「リハビリテーション計画について、利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ること」とあるが、当該説明等は利用者又は家族に対して、電話等による説明でもよいのか。

(回答)　・　利用者又はその家族に対しては、原則面接により直接説明することが望ましいが、遠方に住む等のやむを得ない理由で直接説明できない場合は、電話等による説明でもよい。
・　ただし、利用者に対する同意については、書面等で直接行うこと。

(問82)　同一の事業所内において、利用者ごとに異なる区分のリハビリテーションマネジメント加算を算定することは可能か。

(回答)　可能。

(問83)　事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションを併用している利用者に対し、それぞれの事業所がリハビリテーションマネジメント加算を算定している場合、当該加算の算定に関わるリハビリテーション会議を合同で開催することは可能か。

(回答)　居宅サービス計画に事業者の異なる訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの利用が位置づけられている場合であって、それぞれの事業者が主体となって、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、リハビリテーション計画を作成等するのであれば、リハビリテーション会議を合同で実施しても差し支えない。

(問84)　リハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）及び（ハ）について、同一の利用者に対し、加算の算定要件の可否によって、月ごとに算定する加算を選択することは可能か。

(回答)　可能である。

(問85)　同一利用者に対して、複数の事業所が別々に通所リハビリテーションを提供している場合、各々の事業者がリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしていれば、リハビリテーションマネジメント加算を各々算定できるか。

(回答)　・　それぞれの事業所でリハビリテーションマネジメント加算の算定要件を満たしている場合においては、当該加算を各々算定することができる。
・　ただし、前提として、複数事業所の利用が認められるのは、単一の事業所で十分なリハビリテーションの提供ができない等の事情がある場合であり、適切な提供となっているかは十分留意すること。
・　単一の事業所で十分なリハビリテーションの提供ができない場合とは、理学療法・作業療法の提供を行っている事業所において、言語聴覚士の配置がないため、言語聴覚療法に関しては別の事業所において提供されるケース等が考えられる。

(問86)　訪問・通所リハビリテーションの利用開始時点でリハビリテーションマネジメント加算を算定していない場合において、利用の途中からリハビリテーションマネジメント加算の算定を新たに開始することは可能か。

(回答)　・ 可能である。
・ なお、通所リハビリテーションの利用開始時に利用者の同意を得た日の属する月から６月間を超えた後にリハビリテーションマネジメント加算を算定する場合は、原則としてリハビリテーションマネジメント加算(イ)、(ロ)、(ハ)の（Ⅱ）を算定する。

(問87)　リハビリテーションマネジメント加算(イ)、（ロ）、（ハ）の（１）をそれぞれ算定している場合において、同意を得た日から６ヶ月が経過していない時点で、月１回のリハビリテーション会議の開催は不要と医師が判断した場合、３月に１回のリハビリテーション会議の開催をもって、(イ)、（ロ）、（ハ）の（２）をそれぞれ算定することは可能か。

(回答)　リハビリテーションマネジメント加算(イ)、（ロ）、（ハ）の（２）については、利用者の状態が不安定となりやすい時期において、集中的に一定期間（６月間）に渡ってリハビリテーションの管理を行うことを評価するものである。したがって、利用者の同意を得た月から６月が経過していない時点で、会議の開催頻度を減らし、(イ)、（ロ）、（ハ）の（２）を算定することはできない。

(問88)　リハビリテーションマネジメント加算については、当該加算を取得するに当たって、初めて通所リハビリテーション計画を作成して同意を得た日の属する月から取得することとされているが、通所リハビリテーションの提供がない場合でも、当該月に当該計画の説明と同意のみを得れば取得できるのか。

(回答)　・ 取得できる。
・ リハビリテーションマネジメント加算は、「通所リハビリテーション計画を利用者又はその家族に説明し、利用者の同意を得た日の属する月」から取得することとしているため、通所リハビリテーションの提供がなくても、通所リハビリテーションの提供開始月の前月に同意を得た場合は、当該月より取得が可能である。

(問89)　医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する利用者に関し、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２－１を用いて情報提供を受け、他の要件を満たした場合、別紙様式２－２－１をリハビリテーション計画書とみなすことができるとされている。別紙様式２－２－１の ADLに関する評価項目にはBarthel Indexが用いられているが、医療機関から介護施設に提供するにあたり、当該項目を FIM（functional Independence Measure）で代替することは可能か。

(回答)　Barthel Indexの代替として FIMを用いる場合に限り変更は可能である。ただし、様式の変更に当たっては、情報提供をする医師と情報提供を受ける医師との間で事前の合意があることが必要である。

(問90)　医療保険から介護保険のリハビリテーションに移行する者の情報提供について、一定の要件を満たした場合において、情報提供に用いた「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２－１をリハビリテーション計画書とみなして介護保険のリハビリテーションの算定を開始してもよいとされている。

１） 情報提供を行う医療機関と、情報提供を受ける介護保険のリハビリテーション事業所が同一の場合でも、同様の取扱いをしてよいか。また、その場合、医療機関側で当該者を診療し、様式２－２－１を記載した医師と、リハビリテーション事業所側で情報提供を受ける医師が同一であれば、リハビリテーション事業所における医師の診療を省略して差し支えないか。

２） 医療保険から介護保険のリハビリテーションへ移行する者が、訪問リハビリテーションと通所リハビリテーションの両方を利用する場合、別紙様式２－２－１による情報提供の内容を、共通のリハビリテーション計画とみなして、双方で使用して差し支えないか。

(回答)

１）　よい。また、医師が同一の場合であっては、医師の診療について省略して差し支えない。ただし、その場合には省略した旨を理由とともに記録すること。

２）　差し支えない。ただし、リハビリテーション会議の開催等を通じて、利用者の病状、心身の状況、希望及びその置かれている環境に関する情報を構成員と共有し、訪問リハビリテーション及び

通所リハビリテーションの目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーション提供内容について整合が取れたものとなっていることを確認すること。

（問91）　「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」に示されたリハビリテーション計画書の様式について、所定の様式を活用しないとリハビリテーションマネジメント加算や移行支援加算等を算定することができないのか。

（回答）　様式は標準例をお示ししたものであり、同様の項目が記載されたものであれば、各事業所で活用されているもので差し支えない。

【「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.５）（令和６年４月30日）】

（問２）　リハビリテーションマネジメント加算を算定する際、リハビリテーション計画について、リハビリテーション事業所の医師が利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た場合、１月につき270　単位が加算できるとされている。医師による説明があった月のみ、270 単位が加算されるのか。

（回答）　リハビリテーションの基本報酬の算定の際、３月に１回以上の医師の診療及び３月に１回以上のリハビリテーション計画の見直しを求めていることから、３月に１回以上、リハビリテーション計画について医師が説明を行っていれば、リハビリテーションマネジメント加算に、毎月270 単位を加算することができる。

（12）短期集中個別リハビリテーション実施加算　［通所リハ］

110単位／日

【算定に関する基準（厚告19別表７注11）】

医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、利用者に対して、その退院（所）日又は認定日から起算して３月以内の期間に、個別リハビリテーションを集中的に行った場合、短期集中個別リハビリテーション実施加算として、１日につき１１０単位を所定単位数に加算する。ただし、注12又は注１３を算定している場合は、算定しない。

※注12…認知症短期集中リハビリテーション実施加算

注13…生活行為向上リハビリテーション実施加算

【留意事項（老企36第二８（14））】

① 短期集中個別リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、利用者の状態に応じて、基本的動作能力及び応用的動作能力を向上させ、身体機能を回復するための集中的なリハビリテーションを個別に実施するものであること。

② 「個別リハビリテーションを集中的に行った場合」とは、退院（所）日又は認定日から起算して３月以内の期間に、１週につきおおむね２日以上、１日当たり40分以上実施するものでなければならない。

【ポイント】

・　「初回の要介護認定日」とは、介護保険法第19条第１項に規定する要介護認定を受けた日のことであり、要介護認定の効力が発生する有効期間の開始日を指します。要介護認定の更新や要介護１～５の間での区分変更は含みませんが、要支援への区分変更など認定の失効をはさんだ後の初回認定は含みます。

・　リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患などの治療等のための入院（入所）に該当するかについては、通所リハビリテーションの配置医師が、入院先又は入所していた施設の医師からの診療情報提供等に基づいて判断してください。

・　単なる検査入院などは、リハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患などの治療等のための入院（入所）には該当しません。

※　利用者がリハビリテーションを必要とする状態の原因となった疾患等の治療のために入院若しくは入所した病院若しくは診療所若しくは介護保険施設から退院（所）した日又は初回の要介護認定日から起算します。

【国Q＆A】

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年４月１日）】

（問98）　１月に算定できる上限回数はあるか。

（回答）　短期集中個別リハビリテーション実施加算の上限回数は設定していない。

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.2）（平成27年４月30日）】

（問17）　短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たって、①本人の自己都合、②体調不良等のやむを得ない理由により、定められた実施回数、時間等の算定要件に適合しなかった場合はどのように取り扱うか。

（回答）　短期集中個別リハビリテーション実施加算の算定に当たっては、正当な理由なく、算定要件に適合しるもの（利用者の体調悪化等）、②総合的なアセスメントの結果、必ずしも当該目安を超えていない場合であっても、それが適切なマネジメントに基づくもので、利用者の同意を得ているもの（一時的な意欲減退に伴う回数調整等）であれば、リハビリテーションを行った実施日の算定は認められる。なお、その場合は通所リハビリテーション計画の備考欄等に、当該理由等を記載する必要がある。

（13）認知症短期集中リハビリテーション実施加算　［通所リハ］

（Ⅰ）　240単位／日

（Ⅱ）　1928単位／月

【算定に関する基準（厚告19別表７注12）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所において、認知症であると医師が判断した者であって、リハビリテーションによって生活機能の改善が見込まれると判断されたものに対して、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、イについてはその退院（所）日又は通所開始日から起算して３月以内の期間に、ロについてはその退院（所）日又は通所開始日の属する月から起算して３月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算として、次に掲げる区分に応じ、イについては１日につき、ロについては１月につき、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は注１３を算定している場合においては、算定しない。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第27）】

イ　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）　一週間に二日を限度として個別にリハビリテーションを実施すること。

ロ　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　一月に四回以上リハビリテーションを実施すること。

（２）　リハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載された通所リハビリテーション計画を作成し、生活機能の向上に資するリハビリテーションを実施すること。

（３）　通所リハビリテーション費におけるリハビリテーションマネジメント加算（イ）、（ロ）又は（ハ）のいずれかを算定していること。

【厚生労働大臣が定める施設基準（厚労告96第７）】

イ　リハビリテーションを担当する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が適切に配置されていること。

ロ　リハビリテーションを行うに当たり、利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること。

【留意事項（老企36第二８(13)）】

① 認知症短期集中リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーションは、認知症を有する利用者の認知機能や生活環境等を踏まえ、応用的動作能力や社会適応能力（生活環境又は家庭環境へ適応する等の能力をいう。以下同じ。）を最大限に活かしながら、当該利用者の生活機能を改善するためのリハビリテーションを実施するものであること。

② 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅰ)は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を修了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、１週間に２日を限度として、20分以上のリハビリテーションを個別に実施した場合に算定できるものである。なお、当該リハビリテーションの提供時間が20分に満たない場合は、算定はできないこととする。

③ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)は、精神科医師若しくは神経内科医師又は認知症に対するリハビリテーションに関する専門的な研修を終了した医師により、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションは、１月に８回以上実施することが望ましいが、１月に４回以上実施した場合に算定できるものである。その際には、通所リハビリテーション計画にその時間、実施頻度、実施方法を定めたうえで実施するものであること。

④ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)を算定する場合においては、利用者の認知症の状態に対し、支援内容や利用回数が妥当かどうかを確認し、適切に提供することが必要であることから一月に一回はモニタリングを行い、通所リハビリテーション計画を見直し、医師から利用者又はその家族に対する説明し、同意を得ることが望ましい。

⑤ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画の作成に当たっては、認知症を有する利用者の生活環境に対応したサービス提供ができる体制を整える必要があることから、利用者の生活環境をあらかじめ把握するため、当該利用者の居宅を訪問すること。

⑥ 認知症短期集中リハビリテーション加算(Ⅱ)における通所リハビリテーション計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅おける応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

⑦ 本加算の対象となる利用者は、ＭＭＳＥ（Mini Mental State Examination）又はＨＤＳ―Ｒ（改訂長谷川式簡易知能評価スケール）においておおむね５点～25点に相当する者とするものであること。

⑧ 認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえたリハビリテーションを実施するよう留意すること。

⑨ 本加算は、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)についてはその退院(所)日又は通所開始日から起算して３月以内の期間に、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)についてはその退院(所)日又は通所開始日の属する月から起算して３月以内の期間にリハビリテーションを集中的に行った場合に算定できることとしているが、当該利用者が過去３月の間に本加算を算定した場合には算定できないこととする。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成21年４月Ｑ＆Ａ（vol.１）（平成21年３月23日）】

（問103） 認知症短期集中リハビリテーション実施加算については、「過去三月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる」とされているが、次の例の場合は算定可能か。

・ 例１：Ａ老健にて３ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、Ｂ老健に入所した場合のＢ老健における算定の可否。

・ 例２：Ａ老健にて３ヶ月入所し、認知症短期集中リハビリテーションを施行した後、退所し、Ｂ通所リハビリテーション事業所の利用を開始した場合のＢ通所リハビリテーション事業所における算定の可否。

（回答） 例１の場合は算定できない。

例２の場合は算定可能であるが、Ａ老健とＢ通所リハビリテーション事業所が同一法人である場合の扱いについては問１０４を参照されたい。

（問104） ３月間の認知症短期集中リハビリテーションを行った後に、引き続き同一法人の他のサービスにおいて認知症短期集中リハビリテーションを実施した場合、算定は可能か。

（回答）　同一法人の他のサービスにおいて実施した場合は算定できない。

（問105）　３月間の実施期間中に入院等のために中断があり、再び同一事業所の利用を開始した場合、実施は可能か。

（回答）　同一事業所の利用を再開した場合において、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては前回入所(院)した日から起算して３月、通所リハビリテーションにおいては前回退院(所)日又は前回利用開始日から起算して３月以内に限り算定できる。但し、中断前とは異なる事業所で中断前と同じサービスの利用を開始した場合においては、当該利用者が過去３月の間に、当該リハビリテーション加算を算定していない場合に限り算定できる。

【平成21年４月改定関係Q&A(vol.2)（平成21年４月17日）】

（問42）　認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来たし、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。

（回答）　認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所（院）した日から起算して新たに３月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに３月以内に限り算定できる。

（問43）　認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能に直接影響を与える疾患を来たし、その急性期の治療のために入院となった場合の退院後の取扱い如何。

（回答）　認知症短期集中リハビリテーション実施中又は終了後3ヶ月に満たない期間に、脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症、その急性期に治療のために入院し、治療終了後も入院の原因となった疾患の発症前と比し認知機能が悪化しており、認知症短期集中リハビリテーションの必要性が認められる場合に限り、入院前に利用していたサービス、事業所に関わらず、介護老人保健施設、介護療養型医療施設においては入所（院）した日から起算して新たに３月、通所リハビリテーションにおいては利用開始日から起算して新たに３月以内に限り算定できる。

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年４月１日）】

（問99）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)について、１月に４回以上のリハビリテーションの実施が求められているが、退院（所）日又は通所開始日が月途中の場合に、当該月に４回以上のリハビリテーションの実施ができなかった場合、当該月は算定できないという理解でよいか。

（回答）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)は、認知症の利用者であって生活機能の改善が見込まれると判断された者に対して、通所リハビリテーション計画に基づき、利用者の状態に応じて、個別又は集団によるリハビリテーションを１月に４回以上実施した場合に取得できることから、当該要件を満たさなかった月は取得できない。なお、本加算におけるリハビリテーションは、１月に８回以上実施することが望ましい。

（問100）　通所リハビリテーションの認知症短期集中リハビリテーション実施加算の起算日について、「通所開始日」とは通所リハビリテーションの提供を開始した日と考えてよいか。

（回答）　貴見のとおりである。

（問101）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)を算定していたが、利用者宅に訪問して指導する又は集団での訓練の方が利用者の状態に合っていると判断した場合、認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)に移行することができるか。

（回答）　退院(所)日又は通所開始日から起算して３月以内であれば、移行できる。ただし、認知症短期集中リハビリテーション(Ⅱ)は月包括払いの報酬であるため、月単位での変更となることに留意されたい。

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.2）（平成27年４月30日）】

（問19）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）については、「１週に２日を標準」とあるが、１週２日の計画が作成されている場合で、やむを得ない理由がある時は、週１日でも算定可能か。

（回答）　集中的なリハビリテーションの提供を目的とした加算であることから、１週に２日実施する計画を作成することが必要である。ただし、当初、週に２日の計画は作成したにも関わらず、①やむを得ない理由によるもの（利用者の体調変化で週１日しか実施できない場合等）や、②自然災害・感染症の発生等により、事業所が一時的に休養するため、当初予定していたサービスの提供ができなくなった場合であれば、算定できる。

（問20）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅰ）又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算（Ⅱ）について、通所リハビリテーション事業所に算定要件を満たす医師がおらず、算定要件を満たす外部の医師が情報提供を行った場合、算定は可能か。

（回答）　算定できない。ただし、算定要件を満たす医師については必ずしも常勤である必要はない。

【平成30年４月改定関係Q&A(vol.1)（平成30年３月23日）】

（問67）　認知症短期集中リハビリテーション実施加算の要件である「認知症に対するリハビリテーションに関わる専門的な研修を修了した医師」の研修とは具体的に何か。

（回答）　認知症に対するリハビリテーションに関する知識・技術を習得することを目的とし、認知症の診断、治療及び認知症に対するリハビリテーションの効果的な実践方法に関する一貫したプログラムを含む研修である必要がある。

例えば、全国老人保健施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修」、日本リハビリテーション病院・施設協会が主催する「認知症短期集中リハビリテーション研修会」全国デイ・ケア協会が主催する「通所リハ認知症研修会」が該当すると考えている。また、認知症診察に習熟し、かかりつけ医への助言、連携の推進等、地域の認知症医療体制構築を担う医師の養成を目的として、都道府県が実施する「認知症サポート医養成研修」修了者も本加算の要件を満たすものと考えている。

（14）　生活行為向上リハビリテーション実施加算　［通所リハ・予防リハ］

［通所リハ］　1,250単位／月

［予防リハ］　562単位／月

【算定に関する基準（厚告19別表７注13）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき1,250単位を所定単位数に加算する。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定している場合においては、算定しない。また、短期集中個別リハビリテーション実施加算又は認知症短期集中リハビリテーション実施加算を算定していた場合においては、利用者の急性増悪等によりこの加算を算定する必要性についてリハビリテーション会議（指定居宅サービス基準第80条第７号に規定するリハビリテーション会議をいう。）により合意した場合を除き、この加算は算定しない。

（厚労告127別表５注５）

別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、かつ、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合

しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、リハビリテーションを計画的に行い、当該利用者の有する能力の向上を支援した場合は、生活行為向上リハビリテーション実施加算として、リハビリテーション実施計画に基づく指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して６月以内の期間に限り、１月につき５６２単位を所定単位数に加算する。

【留意事項（老企36第二８(16)）（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（４））】

① 生活行為向上リハビリテーション実施加算の「生活行為」とは、個人の活動として行う排泄、入浴、調理、買物、趣味活動等の行為をいう。

② 生活行為向上リハビリテーション実施加算におけるリハビリテーション（以下「生活行為向上リハビリテーション」という。）は、加齢や廃用症候群等により生活機能の１つである活動をするための機能が低下した利用者に対して、当該機能を回復させ、生活行為の内容の充実を図るための目標と当該目標を踏まえた６月間の生活行為向上リハビリテーションの内容を生活行為向上リハビリテーション実施計画にあらかじめ定めた上で、計画的に実施するものであること。

③ 生活行為向上リハビリテーションを提供するための生活行為向上リハビリテーション実施計画の作成や、リハビリテーション会議における当該リハビリテーションの目標の達成状況の報告については、厚生労働大臣が定める基準第28号イによって配置された者が行うことが想定されていることに留意すること。

※ 厚生労働大臣が定める基準第28号イ

生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士が配置されていること。

④ 生活行為向上リハビリテーション計画の作成に当たっては、本加算の趣旨について説明した上で、当該計画の同意を得るよう留意すること。

⑤ 本加算の算定に当たっては、リハビリテーションマネジメント加算の算定が前提となっていることから、当該加算の趣旨を踏まえ、家庭での役割を担うことや地域の行事等に関与すること等を可能とすることを見据えた目標や実施内容を設定すること。

⑥ 本加算は、６月間に限定して算定が可能であることから、利用者やその家族においても、生活行為の内容の充実を図るための訓練内容を理解し、家族の協力を得ながら、利用者が生活の中で実践していくことが望ましいこと。

また、リハビリテーション会議において、訓練の進捗状況やその評価（当該評価の結果、訓練内容に変更が必要な場合は、その理由を含む。）等について、医師が利用者、その家族、構成員に説明すること。

⑦ 生活行為向上リハビリテーション実施計画に従ったリハビリテーションの評価に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅おける応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達すること。なお、当該利用者の居宅を訪問した際、リハビリテーションを実施することはできないことに留意すること。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年４月１日）】

（問102） 生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得が可能となる期間中に、入院等のためにリハビリテーションの提供の中断があった後、再び同一事業所の利用を開始した場合、再利用日を起算点として、改めて６月間の算定実施は可能か。

（回答） 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、生活行為の内容の充実を図るための目標を設定し、当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施内容等をリハビリテーション実施計画にあらかじめ定めて、利用者に対して、利用者の有する能力の向上を計画的に支援することを評価するものである。

入院等により、活動するための機能が低下し、医師が、生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合に限り、入院前に利用していたサービス種別、事業所・施設にかかわらず、再度利用を開始した日から起算して新たに６月以内に限り算定できる。

（問104） 生活行為向上リハビリテーション実施加算の算定要件について「利用者数が理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の数に対して適切なものであること」とあるが、具体的には、人員基準を満たすか否かが判断基準となるのか。

（回答） 人員基準を満たすか否かに関わらず、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で、適切な人員配置をお願いするものである。

（問105） 生活行為向上リハビリテーションの算定要件について、「生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験」、「生活行為の内容の充実を図るための研修」とあるが、具体的にどのような知識、経験、研修を指すのか。

（回答） 生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識や経験とは、例えば、日本作業療法士協会が実施する生活行為向上マネジメント研修を受講した際に得られる知識や経験が該当すると考えている。

生活行為の内容の充実を図るための研修とは、

① 生活行為の考え方と見るべきポイント
② 生活行為に関するニーズの把握方法
③ リハビリテーション実施計画の立案方法
④ 計画立案の演習等のプログラム

から構成され、生活行為向上リハビリテーションを実施する上で必要な講義や演習で構成されているものである。例えば、全国デイケア協会、全国老人保健施設協会、日本慢性期医療協会、日本リハビリテーション病院・施設協会が実施する「生活行為向上リハビリテーションに関する研修会」が該当すると考えている。

【平成27年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.３）（平成27年６月１日）】

（問５） 生活行為向上リハビリテーション実施加算の取得に当たっては、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅における応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を当該利用者とその家族に伝達することとなっているが、そのための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めるということで良いか。

（回答） 通所リハビリテーションで向上した生活行為について、利用者が日常の生活で継続できるようになるためには、実際生活の場面での適応能力の評価をすることが重要である。したがって、利用者の居宅を訪問し、当該利用者の居宅おける応用的動作能力や社会適応能力について評価を行い、その結果を利用者とその家族に伝達するための時間については、通所リハビリテーションの提供時間に含めて差支えない。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.２）（令和３年３月23日）】

（問29） 短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)・(Ⅱ)を３ケ月実施した後に、利用者の同意を得て、生活行為の内容の向上を目標としたリハビリテーションが必要であると判断された場合、生活行為向上リハビリテーション実施加算に移行することができるのか。

（回答） 可能である。ただし、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)・(Ⅱ)から生活行為向上リハビリテーション実施加算へ連続して移行する場合には、短期集中個別リハビリテーション実施加算と認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)・(Ⅱ)を取得した月数を、６月より差し引いた月数のみ生活行為向上リハビリテーション実施加算を算定可能である。

（問37） 令和３年度介護報酬改定において生活行為向上リハビリテーション実施加算は単位数が見直されるとともに同加算に関係する減算が廃止されたが、令和３年３月時点において同加算を算定している利用者については経過措置が設けられているところ。令和３年３月時点において同加算を算定し、同年４月以降も継続して算定している場合において、令和３年４月以降に令和３年度介護報酬改定により見直された単位数を請求することは可能か。

（回答）
- 請求可能。
- 経過措置が適用される場合も、同加算は併せて６月間まで算定可能なものであることに留意すること。

・ なお、同加算に関係する減算は、令和３年度介護報酬改定前の単位数において同加算を算定した月数と同月分の期間だけ実施されるものである。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.５）（令和３年４月９日）】

（問６） 生活行為向上リハビリテーション実施加算は、リハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から６月以内の場合に算定可能とされているが、再度同加算を算定することは可能か。

（回答） 疾病等により生活機能が低下（通所リハビリテーション計画の直近の見直し時と比較して、ＡＤＬの評価であるBarthel Index又はＩＡＤＬの評価であるFrenchay Activities Indexの値が低下したものに限る。）し、医師が生活行為の内容の充実を図るためのリハビリテーションの必要性を認めた場合、改めてリハビリテーション実施計画に基づく指定通所リハビリテーションの利用を開始した場合は、新たに６月以内の算定が可能である。

（15）若年性認知症利用者受入加算[通所リハ・予防リハ]

[通所リハ] 60単位／日
[予防リハ] 240単位／月

【算定に関する基準（厚告19別表７注14）（厚労告127別表５注６）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所において、若年性認知症利用者に対して指定通所リハビリテーションを行った場合は、若年性認知症利用者受入加算として、１日につき60単位を所定単位数に加算する。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第18）】

受け入れた若年性認知症利用者（介護保険法施行令第二条第六号に規定する初老期における認知症によって要介護者又は要支援者となった者をいう。）ごとに個別の担当者を定めていること。

【留意事項（老企36第二８（17）（老企36第二７（16）参照））】

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、その者を中心に、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行うこと。

【ポイント】

【平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol.1）（平成21年３月23日）】

（問101） 一度本加算制度の対象者となった場合、65歳以上になっても対象のままか。

（回答） 65歳の誕生日の前々日までは対象である。

（問102） 担当者とは何か。定めるに当たって担当者の資格要件はあるか。

（回答） 若年性認知症利用者を担当する者のことで、施設や事業所の介護職員の中から定めていただきたい。人数や資格等の要件は問わない。

【平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（vol.2）（平成21年４月17日）】

（問24） 若年性認知症利用者受入加算について、個別の担当者は、担当利用者がサービス提供を受ける日に必ず出勤していなければならないのか。

（回答） 個別の担当者は、当該利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行う上で中心的な役割を果たすものであるが、当該利用者へのサービス提供時に必ずしも出勤している必要はない。

（問43） 若年性認知症利用者受入加算について、介護予防通所介護や介護予防通所リハビリテーションのように月単位の報酬が設定されている場合、65歳の誕生日の前々日が含まれる月はどのように取り扱うのか。

（回答） 本加算は65歳の誕生日の前々日までは対象であり、月単位の報酬が設定されている介護予防通所介護と介

護予防通所リハビリテーションについては65歳の誕生日の前々日が含まれる月は月単位の加算が算定可能である。

ただし、当該月において６５歳の誕生日の前々日までにサービス利用の実績がない場合は算定できない。

（16）　栄養アセスメント加算　［通所リハ・予防リハ］

［通所リハ］　50単位／月
［予防リハ］　50単位／月

【算定に関する基準（厚告19別表７注15）（厚労告127別表５ハ）】

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所において、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメント（利用者ごとの低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握することをいう。以下この注において同じ。）を行った場合は、栄養アセスメント加算として、１月につき50単位を所定単位数に加算する。ただし、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月並びにリハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、算定しない。

（１）　当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を１名以上配置していること。

（２）　利用者ごとに、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者が共同して栄養アセスメントを実施し、当該利用者又はその家族に対してその結果を説明し、相談等に必要に応じ対応すること。

（３）　利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

（４）　別に厚生労働大臣が定める基準に適合している指定通所リハビリテーション事業所であること。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第18の２）】

通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

※通所介護費等算定方法第二号…定員超過利用、人員基準欠如

【留意事項（老企36第二８（18）（老企36第二７（16）参照））】

① 栄養アセスメント加算の算定に係る栄養アセスメントは、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養アセスメント加算の対象事業所に限る。）、医療機関、介護保険施設（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を１名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を１名以上配置して行うものであること。

③ 栄養アセスメントについては、３月に１回以上、イからニまでに掲げる手順により行うこと。あわせて、利用者の体重については、１月毎に測定すること。

イ 利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ 管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、解決すべき栄養管理上の課題の把握を行うこと。

ハ イ及びロの結果を当該利用者又はその家族に対して説明し、必要に応じ解決すべき栄養管理上の課題に応じた栄養食事相談、情報提供等を行うこと。

ニ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者については、介護支援専門員と情報共有を行い、栄養改善加算

に係る栄養改善サービスの提供を検討するように依頼すること。

④ 原則として、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は、栄養アセスメント加算は算定しないが、栄養アセスメント加算に基づく栄養アセスメントの結果、栄養改善加算に係る栄養改善サービスの提供が必要と判断された場合は、栄養アセスメント加算の算定月でも栄養改善加算を算定できること。

⑤厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。（★運営の手引きp93参照）

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた栄養管理の内容の決定（Plan）、当該決定に基づく支援の提供（Do）、当該支援内容の評価（Check）、その評価結果を踏まえた栄養管理の内容の見直し・改善（Action）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

【国Ｑ＆Ａ】

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.3）（令和３年３月26日）】

（問15）　外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を１名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が１名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。

（回答）　入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を１名以上配置することが求められる施設（例100 床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.6）（令和３年４月15日）】

（問２）　要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされているが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

（回答）　科学的介護推進体制加算等と同様の取扱いであるため、令和３年介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.３）（令和３年３月26日）問16を参考にされたい。

＜参考＞

・やむを得ない場合とは、例えば、通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合や、データを入力したにも関わらず、システムトラブル等により提出ができなかった場合等、利用者単位で情報の提出ができなかった場合がある。

・また、提出する情報についても、例えば、全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合等であっても、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。

・ただし、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）】

（問80）　リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を算定した翌月に、栄養アセスメント加算を算定する場合、LIFEへのデータ提出は必要か。

（回答）　・　利用者の状況に変化がないと判断される場合、LIFEにデータを提出する必要はない。

・　ただし、栄養アセスメントを行った日の属する月から少なくとも３月に１回はLIFEにデータを提出すること。

【「令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.10）（令和６年９月27日）】

（問４）　要件として定められた情報を「やむを得ない場合を除き、すべて提出すること」とされていれるが、「やむを得ない場合」とはどのような場合か。

（回答）　「やむを得ない場合」とは以下のような状況が含まれると想定される。

・　通所サービスの利用者について、情報を提出すべき月において、当該月の中旬に評価を行う予定であったが、緊急で月初に入院することとなり、当該利用者について情報の提出ができなかった場合
・　全身状態が急速に悪化した入所者について、必須項目である体重等が測定できず、一部の情報しか提出できなかった場合
・　システムトラブル等により情報の提出ができなかった場合やむを得ない「システムトラブル等」には以下のようなものが含まれる。
➢ LIFEシステム本体や介護ソフトの不具合等のやむを得ない事情によりデータ提出が困難な場合
➢ 介護ソフトのバージョンアップ（LIFEの仕様に適応したバージョンへの更新）が間に合わないことで期限までのデータ提出が困難な場合
➢ LIFEシステムにデータを登録・提出するパソコンが故障し、パソコンやデータの復旧が間に合わない等、データ提出が困難となった場合
等のやむを得ない場合においては、事業所・施設の利用者又は入所者全員に当該加算を算定することは可能である。
ただし、情報の提出が困難であった理由については、介護記録等に明記しておく必要がある。

（17）栄養改善加算　［通所リハ・予防リハ］

［通所リハ］　200単位／回
［予防リハ］　200単位／月

【算定に関する基準（厚告19別表７注16）（厚労告127別表５注ニ）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合は、栄養改善加算として、３月以内の期間に限り１月に２回を限度として１回につき２００単位を所定単位数に加算する。ただし、栄養改善サービスの開始から３月ごとの利用者の栄養状態の評価の結果、低栄養状態が改善せず、栄養改善サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第29）】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
イ　当該事業所の従業者として又は外部との連携により管理栄養士を一名以上配置していること。
ロ　利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、医師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、介護職員その他の職種の者（以下「管理栄養士等」という。）が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること。
ハ　利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて当該利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録していること。
ニ　利用者ごとの栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること。
ホ　通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。
※通所介護費等算定方法第二号…定員超過利用、人員基準欠如

【留意事項（老企36第二８(19)）老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（９）（老企36第二７（18）参照）】

① 栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 当該事業所の職員として、又は外部（他の介護事業所（栄養改善加算の対象事業所に限る。）医療機関、介護保険施設、（栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を１名以上配置しているものに限る。）又は公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」）との連携により、管理栄養士を１名以上配置して行うものであること。

③　栄養改善加算を算定できる利用者は、次のイからホのいずれかに該当する者であって、栄養改善サービスの提供が必要と認められる者とすること。

イ　ＢＭＩが１８．５未満である者

ロ　１～６月間で３％以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年６月９日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストの№.11の項目が「１」に該当する者

ハ　血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

ニ　食事摂取量が不良（75%以下）である者

ホ　その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者

なお、次のような問題を有する者については、上記イからホのいずれかの項目に該当するかどうか、適宜確認されたい。

- 口腔及び摂食・嚥下機能の問題（基本チェックリストの口腔機能に関する(13)、(14)、(15)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）
- 生活機能の低下の問題
- 褥瘡に関する問題
- 食欲の低下の問題
- 閉じこもりの問題（基本チェックリストの閉じこもりに関連する(16)、(17)のいずれかの項目において「１」に該当する者などを含む。）
- 認知症の問題（基本チェックリストの認知症に関連する(18)、(19)、(20)のいずれかの項目に）おいて「１」に該当する者などを含む。
- うつの問題（基本チェックリストのうつに関連する(21)から(25)の項目において、２項目以上「１」に該当する者などを含む。）

④　栄養改善サービスの提供は、以下のイからへまでに掲げる手順を経てなされる。

イ　利用者ごとの低栄養状態のリスクを、利用開始時に把握すること。

ロ　利用開始時に、管理栄養士が中心となって、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮しつつ、栄養状態に関する解決すべき課題の把握（以下「栄養アセスメント」というを行い、管理栄養士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、栄養食事相談に関する事項（食事に関する内容の説明等）、解決すべき栄養管理上の課題等に対し取り組むべき事項等を記載した栄養ケア計画を作成すること。作成した栄養ケア計画については、栄養改善サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。

なお、栄養ケア計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって栄養ケア計画の作成に代えることができるものとすること。

ハ　栄養ケア計画に基づき、管理栄養士等が利用者ごとに栄養改善サービスを提供すること。その際、栄養ケア計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

ニ　栄養改善サービスの提供に当たり、居宅における食事の状況を聞き取った結果、課題がある場合は、当該課題を解決するため、利用者又はその家族の同意を得て、当該利用者の居宅を訪問し、居宅での食事状況・食事環境等の具体的な課題の把握や、主として食事の準備をする者に対する栄養食事相談等の栄養改善サービスを提供すること。

ホ　利用者の栄養状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね３月ごとに体重を測定する等により栄養状態の評価を行い、その結果を当該利用者を担当する支援専門員や主治の医師に対して情報提供すること。

ヘ　指定居宅サービス基準第105条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの栄養ケア計画に従い管理栄養士が利用者の栄養状態を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に栄養改善加算の算定のために利用者の栄養状態を定期的に記録する必要はないものとすること。

⑤　リハビリテーションマネジメント加算(ハ)を実施し、栄養改善サービスの提供が必要と判断して当該加算を算定する場合は、リハビリテーションや口腔に係る評価を踏まえて栄養ケア計画を作成すること。

⑥　おおむね３月ごとの評価の結果、③のイからホまでのいずれかに該当する者であって、継続的に管理栄養士等がサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められるものについては、継続的に栄養改善サービスを提供する。

【ポイント】

栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスの提供は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

【国Q＆A】

【平成18年４月改定関係Q＆A（vol.１）】

（問32）　管理栄養士は給食管理業務を委託している業者の管理栄養士でも認められるのか。労働者派遣法により派遣された管理栄養士ではどうか。

（回答）　当該加算に係る栄養管理の業務は、介護予防通所介護・通所リハビリテーション事業者に雇用された管理栄養士（労働者派遣法に基づく紹介予定派遣により派遣された管理栄養士を含む。）が行うものであり、御指摘の給食管理業務を委託している業者の管理栄養士では認められない。なお、食事の提供の観点から給食管理業務を委託している業者の管理栄養士の協力を得ることは差し支えない。（居宅サービスの通所介護・通所リハビリテーションにおける栄養マネジメント加算についても同様の取扱いである。）

【平成21年4月改定関係Q&A(vol.1)（平成21年３月23日）】

（問16）　（栄養改善加算）当該加算が算定できる者の要件について、その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは具体的内容如何。また、食事摂取量が不良の者（７５％以下）とはどういった者を指すのか。

（回答）　その他低栄養状態にある又はそのおそれがあると認められる者とは、以下のような場合が考えられる。

・　医師が医学的な判断により低栄養状態にある又はそのおそれがあると認める場合。

・　イ～ニの項目に掲げられている基準を満たさない場合であっても、認定調査票の「えん下」、「食事摂取」、「口腔清潔」、「特別な医療について」などの項目や、特記事項、主治医意見書などから、低栄養状態にある又はそのおそれがあると、サービス担当者会議において認められる場合。

なお、低栄養状態のおそれがあると認められる者とは、現状の食生活を続けた場合に、低栄養状態になる可能性が高いと判断される場合を想定している。

また、食事摂取が不良の者とは、以下のような場合が考えられる

・ 普段に比較し、食事摂取量が７５％以下である場合。

・ １日の食事回数が２回以下であって、１回あたりの食事摂取量が普段より少ない場合。

【平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成24年３月16日）】

（問131）　栄養改善加算及び口腔機能向上加算は、サービスの提供開始から３月後に改善評価を行った後は算定できないのか。

（回答）　サービス開始から概ね３月後の評価において、解決すべき課題が解決されていない場合であって、当該サービスを継続する必要性が認められる場合は、３月以降も算定できる。

なお、サービスを継続する場合であっても、アセスメント、計画作成、評価の手順に従って実施する必要があるが、課題解決に向けて効果が得られるよう、実施方法及び実施内容を見直す必要がある。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.3）（令和３年３月26日）】

（問15）　外部との連携について、介護保険施設の場合は「栄養マネジメント強化加算の算定要件として規定する員数を超えて管理栄養士を置いているもの又は常勤の管理栄養士を１名以上配置しているものに限る。」とあるが、栄養マネジメント強化加算を算定せず、介護保険施設に常勤の管理栄養士が１名いる場合は、当該施設の管理栄養士が兼務できるのか。

（回答）　入所者の処遇に支障がない場合には、兼務が可能である。ただし、人員基準において常勤の栄養士又は管理栄養士を１名以上配置することが求められる施設（例100 床以上の介護老人保健施設）において、人員基準上置くべき員数である管理栄養士については、兼務することはできない。

（問33）　それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。

（回答）　御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、１事業所における請求回数に限度を設けていること、②２事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

（18）　口腔・栄養スクリーニング加算　［通所リハ・予防リハ］

（Ⅰ）20単位／回
（Ⅱ）５単位／回

【算定に関する基準（厚告19別表７注17）（厚労告127別表５ホ）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合する指定通所リハビリテーション事業所の従業者が、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に、口腔・栄養スクリーニング加算として、次に掲げる区分に応じ、１回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、当該利用者について、当該事業所以外で既に口腔・栄養スクリーニング加算を算定している場合にあっては算定しない。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第29の２）（厚労告95第107の２）】

イ　口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報（当該利用者の口腔の健康状態が低下しているおそれのある場合にあっては、その改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

（２）　利用開始時及び利用中六月ごとに利用者の栄養状態について確認を行い、当該利用者の栄養状態に関する情報（当該利用者が低栄養状態の場合にあっては、低栄養状態の改善に必要な情報を含む。）を当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

（３）　通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

（４）　算定日が属する月が、次に掲げる基準のいずれにも該当しないこと。

（一）　栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。

（二）　当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間である又は当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。

（５）　他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。

ロ　口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)　次に掲げる基準のいずれかに適合すること。

（１）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（一）　イ（１）及び（３）に掲げる基準に適合すること。

（二）　算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定している間である又は当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間である若しくは当該栄養改善サービスが終了した日の属する月（栄養状態のスクリーニングを行った結果、栄養改善サービスが必要であると判断され、栄養改善サー

ビスが開始された日の属する月を除く。）であること。

（三） 算定日が属する月が、当該利用者が口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月ではないこと。

（2） 次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（一） イ（2）及び（3）に掲げる基準に適合すること。

（二） 算定日が属する月が、栄養アセスメント加算を算定していない、かつ、当該利用者が栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間又は当該栄養改善サービスが終了した日の属する月ではないこと。

（三） 算定日が属する月が、当該利用者が口腔くう機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスを受けている間及び当該口腔機能向上サービスが終了した日の属する月（口腔の健康状態のスクリーニングを行った結果、口腔機能向上サービスが必要であると判断され、口腔機能向上サービスが開始された日の属する月を除く。）であること。

（四） 他の介護サービスの事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していないこと。

【留意事項（老企36第二８(20)（老企36第二７（19）参照））老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（８）】

① 口腔・栄養スクリーニング加算の算定に係る口腔の健康状態のスクリーニング（以下「口腔スクリーニング」という。）及び栄養状態のスクリーニング（以下「栄養スクリーニング」という。）は、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。なお、介護職員等は、利用者全員の口腔の健康状態及び栄養状態に把握すること。

② 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングは、利用者に対して、原則として一体的に実施すべきものであること。ただし、大臣基準第19号の２ロに規定する場合にあっては、口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの一方のみを行い、口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)を算定することができる。

③ 口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングを行うに当たっては、利用者について、それぞれ次に掲げる確認を行い、確認した情報を介護支援専門員に対し、提供すること。なお、口腔スクリーニング及び栄養スクリーニングの実施に当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

イ 口腔スクリーニング

a 硬いものを避け、柔らかいものばかりを中心に食べる者

b 入れ歯を使っている者

c むせやすい者

ロ 栄養スクリーニング

a ＢＭＩが18.5未満である者

b １～６月間で３％以上の体重の減少が認められる者又は「地域支援事業の実施について」（平成18年６月９日老発第0609001号厚生労働省老健局長通知）に規定する基本チェックリストのNo.11の項目が「１」に該当する者

c 血清アルブミン値が3.5g/dl以下である者

d 食事摂取量が不良（75%以下）である者

④ 口腔・栄養スクリーニング加算の算定を行う事業所については、サービス担当者会議で決定することとし、原則として、当該事業所が当該加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングを継続的に実施すること。

⑤ 口腔・栄養スクリーニング加算に基づく口腔スクリーニング又は栄養スクリーニングの結果、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービス又は口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供が必要だと判断された場合は、口腔・栄養スクリーニング加算の算定月でも栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定できること。

【国Ｑ＆Ａ】

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.３）（令和３年３月26日）】

（問20）　令和２年10月以降に栄養スクリーニング加算を算定した事業所において、令和３年４月に口腔・栄養スクリーニング加算を算定できるか。

（回答）　算定できる。

（19）　口腔機能向上加算　［通所リハ・予防リハ］

［通所リハ］（Ⅰ）150単位／回
（Ⅱ）160単位／回
［予防リハ］（Ⅰ）150単位／月
（Ⅱ）160単位／月

【算定に関する基準（厚告19別表７注18）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるもの（以下この注において「口腔機能向上サービス」という。）を行った場合は、口腔機能向上加算として、当該基準に掲げる区分に従い、３月以内の期間に限り１月に２回を限度として１回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定せず、リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定している場合は、口腔機能向上加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）ロは算定しない。また、口腔機能向上サービスの開始から３月ごとの利用者の口腔機能の評価の結果、口腔機能が向上せず、口腔機能向上サービスを引き続き行うことが必要と認められる利用者については、引き続き算定することができる。

【算定に関する基準（厚労告127別表５へ）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行い、かつ、口腔機能が低下している利用者又はそのおそれのある利用者に対して、当該利用者の口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔清掃の指導若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施であって、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１月につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第30）（厚労告95第108）】

イ　口腔機能向上加算（Ⅰ）　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を一名以上配置していること。

（２）　利用者の口腔機能を利用開始時に把握し、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成していること。

（３）　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに、利用者の口腔機能を定期的に記録していること。

（４）　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価していること。

（５）　通所介護費等算定方法第二号（※）に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ　口腔機能向上加算（Ⅱ）イ　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していること。

（２）　イ（１）から（５）までに掲げる基準のいずれにも適合すること。
（３）　利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
ハ　口腔機能向上加算(Ⅱ)ロ　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。
（１）　リハビリテーションマネジメント加算（ハ）を算定していないこと。
（２）　イ（１）から（５）まで及びロ（３）に掲げる基準に適合すること。
（※）定員超過利用、人員基準欠如

【留意事項（老企36第二８（21））】

① 口腔機能向上加算の算定に係る口腔機能向上サービスの提供には、利用者ごとに行われるケアマネジメントの一環として行われることに留意すること。

② 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を１名以上配置して行うものであること。

③ 口腔機能向上加算を算定できる利用者は、次のイからハまでのいずれかに該当する者であって、口腔機能向上サービスの提供が必要と認められる者とすること。

イ 認定調査票における嚥下、食事摂取、口腔清潔の３項目のいずれかの項目において「１」以外に該当する者

ロ 基本チェックリストの口腔機能に関連する(13)、(14)、(15)の３項目のうち、２項目以上が「１」に該当する者

ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者

④ 利用者の口腔の状態によっては、医療における対応を要する場合も想定されることから、必要に応じて、介護支援専門員を通して主治医又は主治の歯科医師への情報提供、受診勧奨などの適切な措置を講じることとする。なお、介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合にあっては、加算は算定できない。

⑤ 口腔機能向上サービスの提供は、以下のイからホまでに掲げる手順を経てなされる。ただし、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)においてイ並びにロの利用者の口腔機能等の口腔の健康状態及び解決すべき課題の把握を実施している場合は、ロの口腔機能改善管理指導計画を作成以降の手順を行うものとする。その場合は、口腔機能向上加算Ⅱのイを算定する。なお、口腔機能向上加算（Ⅱ）のイの算定に当たっては、リハビリテーションや栄養に係る評価を踏まえて口腔改善管理指導計画を作成すること。

イ 利用者ごとの口腔機能等の口腔の健康状態を、利用開始時に把握すること。

ロ 利用開始時に、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が中心となって、利用者ごとの口腔衛生、摂食・嚥下機能に関する解決すべき課題の把握を行い、言語聴覚士、歯科衛生士、看護職員、介護職員、生活相談員その他の職種の者が共同して取り組むべき事項等を記載した口腔機能改善管理指導計画を作成すること。作成した口腔機能改善管理指導計画については、口腔機能向上サービスの対象となる利用者又はその家族に説明し、その同意を得ること。なお、通所リハビリテーションにおいては、口腔機能改善管理指導計画に相当する内容を通所リハビリテーション計画の中に記載する場合は、その記載をもって口腔機能改善管理指導計画の作成に代えることができるものとすること。

ハ 口腔機能改善管理指導計画に基づき、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等が利用者ごとに口腔機能向上サービスを提供すること。その際、口腔機能改善管理指導計画に実施上の問題点があれば直ちに当該計画を修正すること。

ニ 利用者の口腔機能の状態に応じて、定期的に、利用者の生活機能の状況を検討し、おおむね３月ごとに口腔機能の状態の評価を行い、その結果について、当該利用者を担当する介護支援専門員や主治の医師、主治の歯科医師に対して情報提供すること。

ホ 指定居宅サービス基準第105 条において準用する第19条に規定するサービスの提供の記録において利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が利用者の口腔機能を定期的に記録する場合は、当該記録とは別に口腔機能向上加算の算定のために利用者の口腔機能を定期的に記録する必要はないものとすること。

⑥ おおむね３月ごとの評価の結果、次のイ又はロのいずれかに該当する者であって、継続的に言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員等がサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上又は維持の効果が期待できると認められるものについては、継続的に口腔機能向上サービスを提供する。

イ 口腔清潔・唾液分泌・咀嚼・嚥下・食事摂取等の口腔機能の低下が認められる状態の者

ロ 当該サービスを継続しないことにより、口腔機能が低下するおそれのある者

⑦ 口腔機能向上サービスの提供に当たっては、別途通知（「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」）を参照されたい。

⑧ 厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ただし、口腔機能向上加算（Ⅱ）のイについては、リハビリテーションマネジメント加算(ハ)においてＬＩＦＥへの情報提出を行っている場合は、同一の提出情報に限りいずれかの提出で差し支えない。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。（★運営の手引きp93照）

サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、利用者の状態に応じた口腔機能改善管理指導計画の作成（Ｐｌａｎ）、当該計画に基づく支援の提供（Ｄｏ）、当該支援内容の評価（Ｃｈｅｃｋ）、その評価結果を踏まえた当該計画の見直し・改善（Ａｃｔｉｏｎ）の一連のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、サービスの質の管理を行うこと。

提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

【留意事項（老計発0317001・老振発0317001・老老発031700第二６（11）（老企36第二７（20））】

上記を参照されたい。

ただし、指定介護予防通所リハビリテーションにおいて、口腔機能向上サービスを提供する目的は、当該サービスを通じて要支援者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援することであることに留意すること。

なお、要支援者に対する当該サービスの実施に当たっては、口腔機能改善管理指導計画に定める口腔機能向上サービスをおおむね３月実施した時点で口腔機能の状態の評価を行い、その結果を当該要支援者に係る介護予防支援事業者等に報告するとともに、口腔機能向上に係る課題が解決され当該サービスを継続する必要性が認められない場合は、当該サービスを終了するものとする。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成21年４月改定関係Q&A(vol.1)（平成21年３月23日）】

（問14） 口腔機能向上加算を算定できる利用者として、「ハ その他口腔機能の低下している者又はそのおそれのある者」が挙げられているが、具体例としてはどのような者が対象となるか。

（回答） 例えば、認定調査票のいずれの口腔関連項目も「１」に該当する者、基本チェックリストの口腔関連項目の１項目のみが「１」に該当する又はいずれの口腔関連項目も「０」に該当する者であっても、介護予防ケアマネジメント又はケアマネジメントにおける課題分析に当たって、認定調査票の特記事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項における記載内容（不足の判断根拠、介助方法の選択理由等）から、口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者については算定できる利用者として差し支えない。同様に、主治医意見書の摂食・嚥下機能に関する記載内容や特記すべき事項の記載内容等から口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者、視認により口腔内の衛生状態に問題があると判断される者、医師、歯科医師、介護支援専門員、サービス提供事業所等からの情報提供により口腔機能の低下している又はそのおそれがあると判断される者等についても算定して差し支えない。なお、口腔機能の課題分析に有用な参考資料（口腔機能チェックシート等）は、「口腔機能向上マニュアル」確定版（平成21年３月）に収載されているので対象者を把握する際の判断の参考にされたい。

（問15） 口腔機能向上サービスの開始又は継続にあたって必要な同意には、利用者又はその家族の自署又は押印は必ずしも必要ではないと考えるが如何。

（回答） 口腔機能向上サービスの開始又は継続の際に利用者又はその家族の同意を口頭で確認し、口腔機能改善管理指導計画又は再把握に係る記録等に利用者又はその家族が同意した旨を記載すればよく、利用者又はその家族の自署又は押印は必須ではない。

【平成21年4月改定関係Q&A(vol.2)（平成21年４月17日）】

（問１）　口腔機能向上加算について、歯科医療との重複の有無については、歯科医療機関又は事業所のいずれにおいて判断するのか。

（回答）　歯科医療を受診している場合の口腔機能向上加算の取扱いについて、患者又はその家族に説明した上、歯科医療機関が患者又は家族等に提供する管理計画書(歯科疾患管理料を算定した場合）等に基づき、歯科医療を受診した月に係る介護報酬の請求時に、事業所において判断する。

【平成24年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.1)（平成24年３月16日）】

（問７）　栄養改善加算及び口腔機能向上加算は、サービスの提供開始から３月後に改善評価を行った後は算定できないのか。

（回答）　サービス開始から概ね３月後の評価において、解決すべき課題が解決されていない場合であって、当該サービスを継続する必要性が認められる場合は、３月以降も算定できる。

なお、サービスを継続する場合であっても、アセスメント、計画作成、評価の手順に従って実施する必要があるが、課題解決に向けて効果が得られるよう、実施方法及び実施内容を見直す必要がある。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.3）（令和３年３月26日）】

（問33）　それぞれ別の通所介護・通所リハビリテーション事業所にしている場合、それぞれの事業所で同時に栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することはできるのか。

（回答）　御指摘の件については、ケアマネジメントの過程で適切に判断されるものと認識しているが、①算定要件として、それぞれの加算に係る実施内容等を勘案の上、１事業所における請求回数に限度を設けていること、②２事業所において算定した場合の利用者負担等も勘案すべきことから、それぞれの事業所で栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定することは基本的には想定されない。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.10）（令和６年９月27日）】

（問１）　平成21年介護報酬改定に関する Q&A（vol.2）（平成21年４月17日）問１において、「口腔機能向上加算について、歯科医療との重複の有無については、歯科医療機関又は事業所のいずれにおいて判断するのか。」という問があるが、令和６年度介護報酬改定において、医療保険における歯科診療報酬点数表に掲げる摂食機能療法との算定についての記載が削除されたが、当該事務連絡についての取扱はどうか。

（回答）　平成21年介護報酬改定に関する Q&A（vol.2）（平成21年４月17日）問１は、令和６年度介護報酬改定をもって廃止されたい。なお、留意事項通知の通り介護保険の口腔機能向上サービスとして「摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施」を行っていない場合にあっては、口腔機能向上加算を算定できないことには留意されたい。

（20）　重度療養管理加算　［通所リハ］

100単位／日

【算定に関する基準（厚告19別表７注20）】

別に厚生労働大臣が定める状態にある利用者（要介護状態区分が要介護３、要介護４又は要介護５である者に限る。）に対して、計画的な医学的管理のもと、指定通所リハビリテーションを行った場合に、重度療養管理加算として、１日につき100単位を所定単位数に加算する。ただし、イ（１）及びロ（１）を算定している場合は、算定しない。

※イ（１）及びロ（１）…所要時間１時間から２時間未満の通所リハビリテーション

【厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（厚労告94第18）】

イ　常時頻回の喀かく痰たん吸引を実施している状態

ロ　呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態
ハ　中心静脈注射を実施している状態
ニ　人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態
ホ　重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態
ヘ　膀胱又は直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態
ト　経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態
チ　褥瘡に対する治療を実施している状態
リ　気管切開が行われている状態

【留意事項（老企36第二８(22)）】

① 重度療養管理加算は、要介護３、要介護４又は要介護５に該当する者であって別の厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示）にある利用者に対して、計画的な医学的管理を継続的に行い指定通所リハビリテーションを行った場合に当該加算を算定する。当該加算を算定する場合にあっては、当該医学的管理の内容等を診療録に記録しておくこと。

② 当該加算を算定できる利用者は、次のいずれかについて、当該状態が一定の期間や頻度で継続している者であることとする。なお、請求明細書の摘要欄に該当する状態（利用者等告示第18号のイからリまで）を記載することとする。なお、複数の状態の該当する場合は主たる状態のみ記載すること。

ア　利用者等告示第18号イの「常時頻回の喀痰吸引を実施している状態」とは、当該月において１日当たり８回（夜間を含め約３時間に１回程度）以上実施している日が20日を超える場合をいうものであること。

イ　利用者等告示第18号ロの「呼吸障害等により人工呼吸器を使用している状態」については、当該月において１週間以上人工呼吸又は間歇的陽圧呼吸を行っていること。

ウ　利用者等告示第18号ハの「中心静脈注射を実施している状態」については、中心静脈注射により薬剤の投与をされている利用者又は中心静脈栄養以外に栄養維持が困難な利用者であること。

エ　利用者等告示第18号ニの「人工腎臓を実施しており、かつ、重篤な合併症を有する状態」については、人工腎臓を各週２日以上実施しているものであり、かつ、次に掲げるいずれかの合併症をもつものであること。

A　透析中に頻回の検査、処置を必要とするインスリン注射を行っている糖尿病
B　常時低血圧（収縮期血圧が90㎜Hg以下）
C　透析アミロイド症で手根管症候群や運動機能障害を呈するもの
D　出血性消化器病変を有するもの
E　骨折を伴う二次性副甲状腺機能亢進症のもの
F　うっ血性心不全（NYHAⅢ度以上）のもの

オ　利用者等告示第18号ホの「重篤な心機能障害、呼吸障害等により常時モニター測定を実施している状態」については、持続性心室性頻拍や心室細動等の重症不整脈発作を繰り返す状態、収縮期血圧90㎜Hg以下が持続する状態、又は、酸素吸入を行っても動脈血酸素飽和度90％以下の状態で常時、心電図、血圧、動脈血酸素飽和度のいずれかを含むモニタリングを行っていること。

カ　利用者等告示第18号への「膀胱または直腸の機能障害の程度が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第五号に掲げる身体障害者障害程度等級表の四級以上に該当し、かつ、ストーマの処置を実施している状態」については、当該利用者に対して、皮膚の炎症等に対するケアを行った場合に算定できるものであること。

キ　利用者等告示第18号トの「経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養が行われている状態」については、経口摂取が困難で経腸栄養以外に栄養維持が困難な利用者に対して、経腸栄養を行った場合に算定できるものであること。

ク　利用者等告示第18号チの「褥瘡に対する治療を実施している状態」については、以下の分類で第３度以上に該当し、かつ、当該褥瘡に対して必要な処置を行った場合に限る。

第１度：皮膚の発赤が持続している部分があり､圧迫を取り除いても消失しない(皮膚の損傷はない)
第２度：皮膚層の部分的喪失（びらん、水疱、浅いくぼみとして表れるもの）
第３度：皮膚層がなくなり潰瘍が皮下組織にまで及ぶ。深いくぼみとして表れ、隣接組織まで及んでいることもあれば、及んでいないこともある
第４度：皮膚層と皮下組織が失われ、筋肉や骨が露出している

ケ　利用者等告示第18号リの「気管切開が行われている状態」については、気管切開が行われている利用者について、気管切開の医学的管理を行った場合に算定できるものであること。

(21)　中重度者ケア体制加算　［通所リハ］

20単位／日

【算定に関する基準（厚告19別表７注21）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所が、中重度の要介護者を受け入れる体制を構築し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、中重度者ケア体制加算として、１日につき20単位を所定単位数に加算する。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第31）】

次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

イ　指定通所リハビリテーション事業所の看護職員又は介護職員の員数（指定居宅サービス等基準第百十一条第一項第二号イ又は同条第二項第一号に規定する要件を満たす員数をいう。）に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で一以上確保していること。

ロ　前年度又は算定日が属する月の前三月間の指定通所リハビリテーション事業所の利用者数の総数のうち、要介護状態区分が要介護三、要介護四又は要介護五である者の占める割合が百分の三十以上であること。

ハ　指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら指定通所リハビリテーションの提供に当たる看護職員を一名以上配置していること。

【留意事項（老企36第二８(23)（老企36第二７（11）参照））】

①　中重度者ケア体制加算は、暦月ごとに、指定居宅サービス等基準第111条第１項又は同条第２項に規定する看護職員又は介護職員の員数に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で１以上確保する必要がある。このため、常勤換算方法による職員数の算定方法は、暦月ごとの看護職員又は介護職員の勤務延時間数を、当該事業所において常勤の職員が勤務すべき時間数で除することによって算定し、暦月において常勤換算方法で１以上確保していれば加算の要件を満たすこととする。なお、常勤換算方法を計算する際の勤務延時間数については、サービス提供時間前後の延長加算を算定する際に配置する看護職員又は介護職員の勤務時間数は含めないこととし、常勤換算方法による員数については、小数点第２位以下を切り捨てるものとする。

②　要介護３、要介護４又は要介護５である者の割合については、前年度（３月を除く。）又は届出日の属する月の前３月の１月当たりの実績の平均について、利用実人員数又は利用延人員数を用いて算定するものとし、要支援者に関しては人員数には含めない。

③　利用実人員数又は利用延人員数の割合の計算方法は、次の取扱いによるものとする。

イ　前年度の実績が６月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、前年度の実績による加算の届出はできないものとする。

ロ　前３月の実績により届出を行った事業所については、届出を行った月以降においても、直近３月間の利用者の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。また、その割合については、毎月ごとに記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに第一の５（※）の届出をしなければならない。

（※）第一の５…加算取下げ届

④　看護職員は、指定通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて１名以上配置する必要があり、他の職務との兼務は認められない。

⑤　中重度者ケア体制加算については、事業所を利用する利用者全員に算定することができる。

⑥　中重度者ケア体制加算を算定している事業所にあっては、中重度の要介護者であっても社会性の維持を図り在宅生活の継続に資するリハビリテーションを計画的に実施するプログラムを作成することとする。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年４月１日）】

（問106） 中重度者ケア体制加算において、通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、看護職員を１以上確保していることとあるが、２名の専従看護職員が両名とも体調不良等で欠勤し一日でも不在になった場合、利用者全員について算定できるか。

（回答） 時間帯を通じて看護職員を１以上確保していることが必要である。

（22） 科学的介護推進体制加算 ［通所リハ・予防リハ］

40単位／月

【算定に関する基準（厚告19別表７注22）（厚労告127別表５チ）】

次に掲げるいずれの基準にも適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し指定通所リハビリテーションを行った場合は、科学的介護推進体制加算として、１月につき40単位を所定単位数に加算する。

イ 利用者ごとのＡＤＬ値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。

ロ 必要に応じて通所リハビリテーション計画を見直すなど、指定通所リハビリテーションの提供に当たって、イに規定する情報その他指定通所リハビリテーションを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。

【留意事項（老企36第二８(24)（老企36第二７（21）参照））（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（13））】

① 科学的介護推進体制加算は、原則として利用者全員を対象として、利用者ごとに注22に掲げる要件を満たした場合に、当該事業所の利用者全員に対して算定できるものであること。

② 情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。（★運営の手引きp93参照）

③ 事業所は、利用者に提供するサービスの質を常に向上させていくため、計画（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクル（ＰＤＣＡサイクル）により、質の高いサービスを実施する体制を構築するとともに、その更なる向上に努めることが重要であり、具体的には、次のような一連の取組が求められる。したがって、情報を厚生労働省に提出するだけでは、本加算の算定対象とはならない。

イ 利用者の心身の状況等に係る基本的な情報に基づき、適切なサービスを提供するためのサービス計画を作成する（Plan）。

ロ サービスの提供に当たっては、サービス計画に基づいて、利用者の自立支援や重度化防止に資する介護を実施する（Do）。

ハ ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報等も活用し、多職種が共同して、事業所の特性やサービス提供の在り方について検証を行う（Check）。

ニ 検証結果に基づき、利用者のサービス計画を適切に見直し、事業所全体として、サービスの質の更なる向上に努める（Action）。

④ 提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

【国Ｑ＆Ａ】

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.3）（令和３年３月26日）】

（問17）　ＬＩＦＥに提出する情報に、利用者の氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報が含まれるが、情報の提出に当たって、利用者の同意は必要か。

（回答）　ＬＩＦＥの利用者登録の際に、氏名や介護保険被保険者番号等の個人情報を入力いただくが、ＬＩＦＥのシステムにはその一部を匿名化した情報が送られるため、個人情報を収集するものではない。そのため、加算の算定に係る同意は必要ではあるものの、情報の提出自体については、利用者の同意は必要ない。

（問18）　加算を算定しようと考えているが、例えば入所者のうち１人だけでも加算の算定に係る同意が取れない場合には算定できないのか。

（回答）　加算の算定に係る同意が得られない利用者又は入所者がいる場合であっても、当該者を含む原則全ての利用者又は入所者に係る情報を提出すれば、加算の算定に係る同意が得られた利用者又は入所者について算定が可能である。

（問19）　科学的介護推進体制加算、ＡＤＬ維持等加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)、自立支援促進加算、個別機能訓練加算(Ⅱ)、リハビリテーションマネジメント加算(A)ロ若しくは(B)ロ、リハビリテーションマネジメント計画書情報加算又は理学療法若しくは作業療法及び言語聴覚療法に係る加算において、Barthel Index（ＢＩ）のデータ提出に際して、老人保健健康増進等事業において一定の読み替え精度について検証されているＩＣＦステージングから読み替えたものを提出してもよいか。

（回答）　ＢＩの提出については、通常、ＢＩを評価する場合に相当する読み替え精度が内容の妥当性を含め客観的に検証された指標について、測定者が、

－　ＢＩに係る研修を受け、

－　ＢＩへの読み替え規則を理解し、

－　読み替え精度等を踏まえ、必要に応じて、読み替えの際に、正確なBIを別途評価する等の対応を行い、提出することが必要である。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.5）（令和３年４月９日）】

（問４）　ＬＩＦＥに提出すべき情報は「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16日老老発0316第４号）の各加算の様式例において示されているが、利用者又は入所者の評価等に当たっては、当該様式例を必ず用いる必要があるのか。

（回答）　・　「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和３年３月16日老老発0316第４号）においてお示しをしているとおり、評価等が算定要件において求められるものについては、それぞれの加算で求められる項目（様式で定められた項目）についての評価等が必要である。

・　ただし、同通知はあくまでもＬＩＦＥへの提出項目をお示ししたものであり、利用者又は入所者の評価等において各加算における様式と同一のものを用いることを求めるものではない。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.10）（令和３年６月９日】

（問２）　サービス利用中に入院等の事由により、一定期間サービス利用がなかった場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

（回答）　これらの加算については、算定要件として、サービスの利用を開始した日の属する月や、サービスの提供を終了する日の属する月の翌月10日までに、ＬＩＦＥへの情報提出を行っていただくこととしている。

（問３）　サービス利用中に利用者の死亡により、当該サービスの利用が終了した場合について、加算の要件である情報提出の取扱い如何。

（回答）　当該利用者の死亡した月における情報を、サービス利用終了時の情報として提出する必要はあるが、死亡により、把握できない項目があった場合は、把握できた項目のみの提出でも差し支えない。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.1）（令和６年３月15日）】

（問171）　月末よりサービスを利用開始した利用者に係る情報について、収集する時間が十分確保出来ない等のや

むを得ない場合については、当該サービスを利用開始した日の属する月（以下、「利用開始月」という。）の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えないとあるが、利用開始月の翌月の10日までにデータ提出した場合は利用開始月より算定可能か。

（回答）
- 事業所が該当の加算の算定を開始しようとする月の翌月以降の月の最終週よりサービスの利用を開始したなど、サービスの利用開始後に、利用者に係る情報を収集し、サービスの利用を開始した翌月の10日までにデータ提出することが困難な場合は、当該利用者に限っては利用開始月の翌々月の10日までに提出することとしても差し支えないとしている。
- ただし、加算の算定については LIFE へのデータ提出が要件となっているため、利用開始月の翌月の10日までにデータを提出していない場合は、当該利用者に限り当該月の加算の算定はできない。当該月の翌々月の10日までにデータ提出を行った場合は、当該月の翌月より算定が可能。
- また、本取扱いについては、月末よりサービスを利用開始した場合に、利用開始月の翌月までにデータ提出し、当該月より加算を算定することを妨げるものではない。
- なお、利用開始月の翌月の10日までにデータ提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。

（問172） 事業所又は施設が加算の算定を開始しようとする月以降の月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該利用者の当該月のデータ提出が困難な場合、当該利用者以外については算定可能か。

（回答）
- 原則として、事業所の利用者全員のデータ提出が求められている上記の加算について、月末にサービス利用開始した利用者がおり、やむを得ず、当該月の当該利用者に係る情報を LIFE に提出できない場合、その他のサービス利用者についてデータを提出していれば算定できる。
- なお、情報の提出が困難であった理由について、介護記録等に明記しておく必要がある。
- ただし、上記の場合や、その他やむを得ない場合（※）を除いて、事業所の利用者全員に係る情報を提出していない場合は、加算を算定することができない。

（問174） 令和６年４月以降サービス提供分に係る LIFE への提出情報如何。

（回答）
- 令和６年４月以降サービス提供分に係る LIFE への提出情報に関して、令和６年４月施行のサービスについては、令和６年度改定に対応した様式情報を提出すること。
- 令和６年６月施行のサービス（訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、予防訪問リハビリテーション、予防通所リハビリテーション）については、令和６年４～５月サービス提供分の提出情報に限り、令和３年度改定に対応した様式情報と令和６年度改定に対応した様式の提出情報の共通する部分を把握できる範囲で提出するか、令和６年度改定に対応した様式情報を提出すること。
- 各加算で提出が必要な情報については、「科学的介護情報システム（LIFE）関連加算に関する基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和６年３月 15 日）を参照されたい。

（問175） 科学的介護推進体制加算のデータ提出頻度について、少なくとも６か月に１回から３か月に１回に見直されたが、令和６年４月又は６月以降のいつから少なくとも３か月に１回提出すればよいか。

（回答）
- 科学的介護推進体制加算を算定する際に提出が必須とされている情報について、令和６年４月又は６月以降は、少なくとも３か月に１回提出することが必要である。
- 例えば、令和６年２月に提出した場合は、６か月後の令和６年８月までに少なくとも１回データ提出し、それ以降は３か月後の令和６年 11 月までに少なくとも１回のデータ提出が必要である。

（23）　事業所と利用者の住居が同一建物に所在する場合の減算[通所リハ・予防リハ]

94単位/日

【算定に関する基準（厚告19別表７注23）（厚労告127別表５注９】

指定通所リハビリテーション事業所と同一建物に居住する者又は指定通所リハビリテーション事業所と同一建物から当該指定通所リハビリテーション事業所に通う者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、１日につき94単位を所定単位数から減算する。ただし、傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であると認められる利用者に対して送迎を行った場合は、この限りでない。

【留意事項（老企36第二８（25）（老企36第二７（22）参照））（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（６））】

○　同一建物の定義

注23における「同一建物」とは、当該指定通所リハビリテーション事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物を指すものであり、具体的には、当該建物の一階部分に指定通所リハビリテーション事業所がある場合や、当該建物と渡り廊下等で繋がっている場合が該当します。同一敷地内にある別棟の建築物や道路を挟んで隣接する場合は該当しません。

また、ここでいう同一建物については、当該建築物の管理、運営法人が当該通所リハビリテーション事業所の指定通所リハビリテーション事業者と異なる場合であっても該当するものであること。

○　例外的に減算対象とならない場合

なお、傷病により一時的に送迎が必要であると認められる利用者その他やむを得ない事情により送迎が必要と認められる利用者に対して送迎を行った場合は、例外的に減算対象とならない。具体的には、傷病により一時的に歩行困難となった者又は歩行困難な要介護者であって、かつ建物の構造上自力での通所が困難である者に対し、二人以上の従業者が、当該利用者の居住する場所と当該指定通所リハビリテーション事業所の間の往復の移動を介助した場合に限られること。ただし、この場合、２人以上の従業者による移動介助を必要とする理由や移動介助の方法及び期間について、介護支援専門員とサービス担当者会議等で慎重に検討し、その内容及び結果について通所リハビリテーション計画に記載すること。移動介助者及び移動介助時の利用者の様子等について、記録しなければならない。

【国Q＆A】

【平成24年３月16日Q＆A（vol．２）】

（問55）　「建物の構造上自力での通所が困難」とは、具体的にどのような場合か。

（回答）　当該建物にエレベーターがない又は故障中の場合を指す。

【平成27年４月30日Q＆A（vol．２）】

（問24）　通所サービス事業所と同一建物に居住する利用者が、次に該当する場合は、基本サービス費を日割りして算定することとなるが、送迎に係る減算はどのように算定するのか。

(1) 月途中で要支援から要介護（又は要介護から要支援）に変更した場合

(2) 月途中で同一建物から転居し、事業所を変更した場合

(3) 月途中で要支援状態区分が変更した場合

（回答）　(1)及び(2)は、要支援状態区分に応じた送迎に係る減算の単位数を基本サービス費から減算する。(3)は、変更前の要支援状態区分に応じた送迎に係る単位数を減算する。

ただし、(1)及び(2)において、減算によりマイナスが生じる場合は、基本サービス費に各種加算減算を加えた１月当たりの各サービス種類の総単位数がゼロとなるまで減算する。

（例）　要支援２の利用者が、介護予防通所介護を１回利用した後、

(1) 月の５日目に要介護１に変更した場合

(2) 月の５日目に転居した場合

要支援２の基本サービス費×（5／30.4）日－（要支援２の送迎減算752単位）＝△62単位

⇒０単位とする。

(24)　送迎未実施減算

47単位/片道

【算定に関する基準（厚告19別表７注24）（厚労告127別表５注９）】

利用者に対して、その居宅と指定通所リハビリテーション事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき４７単位を所定単位数から減算する。

【留意事項（老企36第二８（26））】

（送迎を行わない場合の減算について）

利用者が自ら通う場合、利用者の家族等が送迎を行う場合など事業者が送迎を実施していない場合は、片道につき減算の対象となる。ただし、注23（同一建物等減算）の対象となっている場合には、当該減算の対象とはならない。

【ポイント】

○　通常の送迎にかかる費用については、通所リハビリテーション費・介護予防通所リハビリテーション費の基本報酬へ包括されています。

通所リハビリテーション事業所への送迎は、通所リハビリテーション事業所が行うことになり、原則として、訪問介護事業所による外出介助サービス等、別の介護保険サービスを利用することはできません。送迎については、利用者宅玄関から事業所まで行うことが原則となります。

○　利用者から支払を受けることができる、通常の事業の実施地域以外の地域に居住する利用者に対して行う送迎に要する費用の範囲は、実費相当額のみです。道路運送法に基づく許認可を得ることを前提としていない指定介護事業者が受領できる実施相当額とは、基本的に燃料代（例外的に、駐車場使用料、有料道路通行料を含む

場合あり。）のみであり、人件費、車両維持費まで含めることは、道路運送法に抵触する恐れがあり、適当でないとものとされています。

○　利用者から交通費を徴収することができるのは、通常の事業の実施地域を超えた地点から利用者の居宅までの区間です。事業所を起点とすることはできません。

○　送迎の実施に当たっては、利用者の安全確保に配慮してください。

【国Ｑ＆Ａ】

○送迎について

【介護報酬等に係るQ&A（平成12年３月31日）】

（Ⅰ(1) ④5）

送迎サービスについて、幼稚園の通園バスのようないわゆる「バスストップ方式」であっても差し支えないか。

（回答）

居宅まで迎えに行くことが原則である。ただし、道路が狭隘で居宅まで送迎車が入ることができない場合など、地理的要因等から妥当と考えられ、かつ、利用者それぞれに出迎え方法を予め定めるなどの適切な方法で行う必要がある。

○送迎未実施減算について

【平成27年度介護報酬改定に関するQ&A（平成27年４月１日）】

（問61）　送迎減算は、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で行うことになるため、利用者宅に迎えに行ったが、利用者や家族等の都合で結果的に利用者の家族等が、事業所まで利用者を送った場合には、減算の対象とならないのか。

（回答）　送迎減算の有無に関しては、個別サービス計画上、送迎が往復か片道かを位置付けさせた上で、実際の送迎の有無を確認の上、送迎を行っていなければ減算となる。

（問62）　通所介護等について、事業所の職員が徒歩で利用者の送迎を実施した場合には、車両による送迎ではないが、送迎を行わない場合の減算対象にはならないと考えて良いか。

（回答）　徒歩での送迎は、減算の対象にはならない。

【平成30年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol．４)（平成30年５月29日）】

（問９）　介護予防通所リハビリテーションにおいて、利用者の居宅から指定介護予防通所リハビリテーション事業所との間の送迎を実施しない場合、基本報酬を算定してよいか。

（回答）　利用者の居宅から指定介護予防通所リハビリテーション事業所との間の送迎を実施することが望ましいが、利用者の状態を把握し、利用者の同意が得られれば、送迎を実施しない場合であっても基本報酬を算定して差し支えない。

【令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol．３)(令和３年３月26日)】

（問28）　サービス提供時間の終了後から延長加算に係るサービスが始まるまでの間はどのような人員配置が必要となるのか。

（回答）　延長加算は、所要時間８時間以上９時間未満の指定通所介護等を行った後に引き続き日常生活上の世話を行った場合等に算定するものであることから、例えば通所介護等のサービス提供時間を８時間30分とした場合、延長加算は８時間以上９時間未満に引き続き、９時間以上から算定可能である。サービス提供時間終了後に日常生活上の世話をする時間帯（９時間に到達するまでの30分及び９時間以降）については、サービス提供時間ではないことから、事業所の実情に応じて適当数の人員を配置していれば差し支えないが、安全体制の確保に留意すること。

（問30）　訪問介護員等による送迎で通所サービスを利用する場合、介護報酬はどのよう算定すればよいか。

（回答）　送迎については、通所サービスの介護報酬において評価しており、利用者の心身の状況により通所サービスの事業所の送迎車を利用することができないなど特別な事情のない限り、訪問介護員等による送迎を別途訪問介護費として算定することはできない。

ただし、利用者が、居宅から病院等の目的地を経由して通所サービスの事業所へ行く場合や、通所サービスの事業所から病院等の目的地を経由して居宅へ帰る場合等、一定の条件の下に、令和３年度から訪問介護費を算定することができることとする。

なお、訪問介護員等により送迎が行われる場合、当該利用者が利用している通所サービスの事業所の従業者が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していないため、送迎減算が適用されることに留意すること。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.１）（令和６年３月15日）】

（問65）　通所系サービスにおける送迎において、事業所から利用者の居宅以外の場所（例えば、親族の家等）へ送迎した際に送迎減算を適用しないことは可能か。

（回答）　利用者の送迎については、利用者の居宅と事業所間の送迎を原則とするが、利用者の居住実態がある場所において、事業所のサービス提供範囲内等運営上支障がなく、利用者と利用者家族それぞれの同意が得られている場合に限り、事業所と当該場所間の送迎については、送迎減算を適用しない。

通所系サービスである介護予防通所リハビリテーション、療養通所介護においては送迎減算の設定がないが、同様の取扱いとする。なお、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、指定相当通所型サービスについても同様に取扱うこととして差し支えない。

（問66）　Ａ事業所の利用者について、Ｂ事業所の従業者が当該利用者の居宅とＡ事業所との間の送迎を行った場合、送迎減算は適用されるのか。また、Ｂ事業所の従業者が送迎を行う際に、Ａ事業所とＢ事業所の利用者を同乗させることは可能か。

（回答）　送迎減算は、送迎を行う利用者が利用している事業所の従業者（問中の事例であれば、Ａ事業所の従業者）が当該利用者の居宅と事業所間の送迎を実施していない場合に適用されるものであることから、適用される。ただし、Ｂ事業所の従業者がＡ事業所と雇用契約を締結している場合は、Ａ事業所の従業者（かつB事業所の従業者）が送迎を実施しているものと解されるため、この限りではない。

上記のような、雇用契約を結んだ上でのＡ事業所とＢ事業所の利用者の同乗については、事業所間において同乗にかかる条件（費用負担、責任の所在等）をそれぞれの合議のうえ決定している場合には、利用者を同乗させることは差し支えない。また、障害福祉事業所の利用者の同乗も可能であるが、送迎範囲は利用者の利便性を損なうことのない範囲並びに各事業所の通常の事業実施地域範囲内とする。

通所系サービスである介護予防通所リハビリテーション、療養通所介護においては送迎減算の設定がないが、同様の取扱いとする。なお、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、指定相当通所型サービスについても同様に取扱うこととして差し支えない。

（問67）　Ａ事業所の利用者について、Ａ事業所が送迎に係る業務を委託した事業者により、当該利用者の居宅とＡ事業所との間の送迎が行われた場合、送迎減算は適用されるのか。また、複数の事業所で第三者に共同で送迎を委託する場合、各事業所の利用者を同乗させることは可能か。

（回答）　指定通所介護等事業者は、指定通所介護等事業所ごとに、当該指定通所介護等事業所の従業者によって指定通所介護等を提供しなければならないこととされている。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務についてはこの限りではないことから、各通所介護等事業所の状況に応じ、送迎に係る業務について第三者へ委託等を行うことも可能である。なお、問中の事例について、送迎に係る業務が委託され、受託した事業者により、利用者の居宅と事業所との間の送迎が行われた場合は、送迎減算は適用されない。

別の事業所へ委託する場合や複数の事業所で共同委託を行う場合も、事業者間において同乗にかかる条件（費用負担、責任の所在等）をそれぞれの合議のうえ決定している場合には、利用者を同乗させることは差し支えない。また、障害福祉事業所の利用者の同乗も可能であるが、送迎範囲は利用者の利便性を損なうことのない範囲並びに各事業所の通常の事業実施地域範囲内とする。

通所系サービスである介護予防通所リハビリテーション、療養通所介護においては送迎減算の設定がないが、同様の取扱いとする。なお、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、指定相当通所型

サービスについても同様に取扱うこととして差し支えない。

(25)　退院時共同指導加算　［共通］

１回に限り600単位

【算定に関する基準（厚告19別表７ハ）（厚労告127別表５ロ】

病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、指定通所リハビリテーション事業所の医師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導（病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。）を行った後に、当該者に対する初回の指定通所リハビリテーションを行った場合に、当該退院につき１回に限り、所定単位数を加算する。

【留意事項（老企36第二８(29)）（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（７））】

① 通所リハビリテーションにおける退院時共同指導とは、病院又は診療所の主治の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従業者との間で当該者の状況等に関する情報を相互に共有した上で、当該者又はその家族に対して、在宅でのリハビリテーションに必要な指導を共同して行い、その内容を在宅での通所リハビリテーション計画に反映させることをいう。

② 退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。この際、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

③ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を記録すること。

④ 当該利用者が通所及び訪問リハビリテーション事業所を利用する場合において、各事業所の医師等がそれぞれ退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行った場合は、各事業所において当該加算を算定可能である。ただし、通所及び訪問リハビリテーション事業所が一体的に運営されている場合においては、併算定できない

(26)　移行支援加算　［通所リハ］

12単位/日

【算定に関する基準（厚告19別表７ニ）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所が、リハビリテーションを行い、利用者の指定通所介護事業所等への移行等を支援した場合は、移行支援加算として、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間をいう。）の末日が属する年度の次の年度内に限り、１日につき所定単位数を加算する。

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第32）】

イ　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

(1) 評価対象期間において指定通所リハビリテーションの提供を終了した者のうち、指定通所介護等（指定通所リハビリテーションを除く）を実施した者の占める割合が100分の3を超えていること。

(2) 評価対象期間中に指定通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に、通所リハビリテーション従業者が、通所リハビリテーション終了者に対して、当該通所リハビリテーション終了者の指定通所介護等の実施状況を確認し、記録していること。

ロ　12を当該指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数が100分の27以上であること。

ハ　通所リハビリテーション終了者が指定通所介護等の事業所へ移行するに当たり、当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供すること。

【厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（厚労告94第20）】

移行支援加算を算定する年度の初日の属する年の前年の１月から12月までの期間（厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）

【留意事項（老企36第二８(30)（老企36第二５（16）参照））】

① 移行支援加算におけるリハビリテーションは、通所リハビリテーション計画に家庭や社会への参加を可能とするための目標を作成した上で、利用者のＡＤＬ及びＩＡＤＬを向上させ、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）に移行させるものであること。

② 「その他社会参加に資する取組」には、医療機関への入院や介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等は含まれず、算定対象とならないこと。

③ 大臣基準告示第13号イ⑴の基準において、指定通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）を実施した者の占める割合及び基準第13号ロにおいて、12を指定通所リハビリテーション事業所の利用者の平均利用月数で除して得た数については、小数点第３位以下は切り上げること。

④ 平均利用月数については、以下の式により計算する。

イ

$$\text{平均利用月数} = \frac{\text{（ｉ）評価対象期間の利用者ごとの利用者延月数の合計}}{\text{（ii）（評価対象期間の新規利用者数の合計＋評価対象期間の新規終了者数の合計）÷２}}$$

ロ　イ（ｉ）における利用者には、当該施設の利用を開始して、その日のうちに利用を終了した者又は死亡した者を含むものである。

ハ　イ（ｉ）における利用者延月数は、利用者が評価対象期間において当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用した月数の合計をいう。

ニ　イ（ii）における新規利用者数とは、当該評価対象期間に新たに当該事業所の提供する通所リハビリテーションを利用したものの数を言う。また、当該事業所の利用を終了後、12月以上の期間を空けて、当該事業所を再度利用した者については、新規利用者として取り扱うこと。

ホ　イ（ii）における新規終了者数とは、評価対象期間に当該事業所の提供する通所リハビリテーションの利用を終了した者の数をいう。

⑤ 「指定通所介護等の実施」状況の確認に当たっては、指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、通所リハビリテーション終了者の居宅を訪問し、通所リハビリテーション計画書のアセスメント項目を活用しながら、リハビリテーションの提供を終了した時と比較して、ＡＤＬ及びＩＡＤＬが維持又は改善していることを確認すること。なお、電話等での実施を含め確認の手法は問わないこと。

⑥ 「当該利用者のリハビリテーション計画書を移行先の事業所へ提供」については、利用者の円滑な移行を推進するため、指定訪問リハビリテーション終了者が通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）へ移行する際に、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の実施及び一体的取組について」の別紙様式２－２―１及び２－２－２のリハビリテーション計画書等の情報を利用者の同意の上で通所介護等（指定通所リハビリテーション及び指定介護予防通所リハビリテーションは除く。）の事業所へ提供すること。

なお、その際には、リハビリテーション計画書の全ての情報ではなく、本人・家族等の希望、健康状態・経過、リハビリテーションの目標、リハビリテーションサービス等の情報を抜粋し、提供することで差し支えない。

【ポイント】

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.２）（令和３年３月23日）】

（問17）　移行支援加算について、既に訪問（通所）リハビリテーションと通所介護を併用している利用者が、訪問（通所）リハビリテーションを終了し、通所介護はそのまま継続となった場合、「終了した後通所事業を実施した者」として取り扱うことができるか。

（回答）　貴見のとおりである。

（問18）　移行支援加算は事業所の取り組んだ内容を評価する加算であるが、同一事業所において、当該加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることは可能か。

（回答）　同一事業所において、加算を取得する利用者と取得しない利用者がいることはできない。

（問19）　利用者が訪問リハビリテーションから通所リハビリテーションへ移行して、通所リハビリテーション利用開始後２月で通所介護に移行した場合、訪問リハビリテーションの移行支援加算の算定要件を満たしたこととなるか。

（回答）　貴見のとおりである。

（問20）　移行支援加算で通所リハビリテーションから通所介護、訪問リハビリテーションから通所リハビリテーション等に移行後、一定期間後元のサービスに戻った場合、再び算定対象とすることができるのか。

（回答）　移行支援加算については、通所リハビリテーションの提供を終了した日から起算して14日以降44日以内に通所リハビリテーション従業者が通所リハビリテーション終了者に対して、指定通所介護等を実施していることを確認し、記録していることとしている。

なお、３月以上経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断した時は、新規利用者とすることができる。

（問21）　移行支援加算における就労について、利用者が障害福祉サービスにおける就労移行支援や就労継続支援（A型、B型）の利用に至った場合を含めてよいか。

（回答）　よい。

【令和３年度介護報酬改定に関するQ&A（vol.３）（令和３年３月26日）】

（問14）　移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者には、当該事業所の指定訪問リハビリテーション利用を中断したのちに再開した者も含まれるのか。

（回答）　移行支援加算における評価対象期間において指定訪問リハビリテーションの提供を終了した者とは、当該訪問リハビリテーション事業所の利用を終了し、評価対象期間に利用を再開していない者をいう。なお通所リハビリテーションにおいても同様に取り扱う。

なお、終了後に３月以上が経過した場合で、リハビリテーションが必要であると医師が判断し当該事業所の利用を再開した時は、新規利用者とみなすことができる。この場合は評価対象期間に再開した場合でも、終了した者として取り扱う。

（問66）　移行支援加算は、同加算を算定する年度の初日の属する年の前年の１月から12月（基準に適合しているものとして届け出た年においては、届出の日から同年12月までの期間）において一定の実績をもとに算定ができるものとされているところであるが、令和３年４月から令和４年３月においては、従前（令和３年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定を行っても差し支えないか。

（回答）　令和３年３月時点ですでに同加算を算定している事業所においては、令和３年４月から令和４年３月に限り、令和２年１月から12月の実績については従前（令和３年度介護報酬改定以前）の基準に基づいて算定する。

（27）サービス提供体制強化加算[通所リハ・予防リハ]

[通所リハ]	**（Ⅰ）**	**22単位/回**
	（Ⅱ）	**18単位/回**

		（Ⅲ）	６単位/回
［予防リハ］	（Ⅰ）	（要支援１）88単位/月、	（要支援２）176単位/月
	（Ⅱ）	（要支援１）72単位/月、	（要支援２）144単位/月
	（Ⅲ）	（要支援１）24単位/月、	（要支援２） 48単位/月

【算定に関する基準（厚告19別表７ホ）（厚労告127別表５リ）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、指定通所リハビリテーションを行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、１回につき次に掲げる所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。

（１） サービス提供体制強化加算(Ⅰ)２２単位
（２） サービス提供体制強化加算(Ⅱ)１８単位
（３） サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ６単位

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第33）（厚労告95第113）】

イ　サービス提供体制強化加算(Ⅰ)　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　次のいずれかに適合すること。

（一）　指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の七十以上であること。

（二）　指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、勤続年数十年以上の介護福祉士の占める割合が　百分の二十五以上であること。

（２）　通所介護費等算定方法第二号に規定する基準のいずれにも該当しないこと。

ロ　サービス提供体制強化加算(Ⅱ)　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の五十以上であること。

（２）　イ（２）に該当するものであること。

ハ　サービス提供体制強化加算(Ⅲ)　次に掲げる基準のいずれにも適合すること。

（１）　次のいずれかに適合すること。

（一）　指定通所リハビリテーション事業所の介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が百分の四十以上であること。

（二）　指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員の総数のうち、勤続年数七年以上の者の占める割合が百分の三十以上であること。

（２）　イ（２）に該当するものであること。

【留意事項（老企36第二７(31)（老企36第二３（12）④～⑧参照））（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（15））】

①　訪問入浴介護と同様であるので３（12）④から⑧までを参照されたい。

（以下、④～⑧は老企36第二３（12））

④　職員の割合の算出に当たっては、常勤換算方法により算出した前年度(３月を除く。)の平均を用いることとする。

ただし、前年度の実績が６月に満たない事業所(新たに事業を開始し、又は再開した事業所を含む。)については、届出日の属する月の前３月について、常勤換算方法により算出した平均を用いることとする。したがって、新たに事業を開始し、又は再開した事業者については、４月目以降届出が可能となるものであること。

なお、介護福祉士又は実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者については、各月の前月の末日時点で資格を取得している又は研修の課程を修了している者とすること。

⑤　前号ただし書きの場合にあっては、届出を行った月以降においても、直近３月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持しなければならない。なお、その割合については、毎月記録するものとし、所定の割合を下回った場合については、直ちに加算取下げ届を提出しなければならない。

⑥　勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいうものとする。

⑦　勤続年数の算定に当たっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人等の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができるものとする。

⑧　同一の事業所において介護予防通所リハビリテーションを一体的に行っている場合においては、本加算の計算も一体的に行うこととする。

②　指定通所リハビリテーションを利用者に直接提供する職員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員又は介護職員として勤務を行う職員を指すものとすること。

なお、１時間以上２時間未満の指定通所リハビリテーションを算定する場合であって、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師がリハビリテーションを提供する場合にあっては、これらの職員を含むものとする。

【ポイント】

サービス提供体制強化加算は、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）と３つありますが、算定要件を満たしていてもいずれか一つしか算定することはできません。

⑤の場合において、加算取下げ届の提出を行わず、当該加算を含んで請求を行った場合は不正請求となり、支払われた介護給付費は不当利得となるので、返還措置を講ずることになります。悪質な場合は、指定が取り消されます。

【国Ｑ＆Ａ】

【平成21年４月改定関係Ｑ＆Ａ（Vol.1）（平成21年３月23日）】

（問２）　特定事業所加算及びサービス提供体制強化加算における介護福祉士又は介護職員基礎研修課程修了者若しくは一級課程修了者とは、各月の前月の末日時点で資格を取得している者とされているが、その具体的取扱いについて示されたい。

（回答）　要件における介護福祉士等の取扱いについては、登録又は修了証明書の交付まで求めるものではなく、例えば介護福祉士については、平成21年３月31日に介護福祉士国家試験の合格又は養成校の卒業を確認し、翌月以降に登録をした者については、平成21年４月において介護福祉士として含めることができる。また、研修については、全カリキュラムを修了していれば、修了証明書の交付を待たずに研修修了者として含めることが可能である。

なお、この場合において、事業者は当該資格取得等見込み者の、試験合格等の事実を試験センターのホームページ等で受験票と突合する等して確認し、当該職員に対し速やかな登録等を促すとともに、登録又は修了の事実を確認するべきものであること。

（問６）　産休や病欠している期間は含めないと考えるのか。

（回答）　産休や介護休業、育児休業期間中は雇用関係が継続していることから、勤続年数に含めることができる。

（問10）　届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を用いる」こととされている。平成21年度の１年間及び平成22年度以降の前年度の実績が６月に満たない事業所について、体制届出後に、算定要件を下回った場合はどう取扱うか。

（回答）　サービス提供体制強化加算に係る体制の届出に当たっては、老企第36号等において以下のように規定されているところであり、これに従った取扱いとされたい。「事業所の体制について加算等が算定されなくなる状況が生じた場合又は加算等が算定されなくなることが明らかな場合は、速やかにその旨を届出させることとする。なお、この場合は、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から加算等の算定を行わないものとする。」

具体的には、平成21年４月に算定するためには、平成20年12月から平成21年２月までの実績に基づいて３

月に届出を行うが、その後平成21年１月から３月までの実績が基準を下回っていた場合は、その事実が発生した日から加算の算定は行わないこととなるため、平成21年４月分の算定はできない取扱いとなる。

【平成27年介報酬改定に関するＱ＆Ａ（vol. ２）（平成27年４月30日）】

（問63）　サービス提供体制強化加算の新区分の取得に当たって、職員の割合については、これまでと同様に、１年以上の運営実績がある場合、常勤換算方法により算出した前年度の平均（３月分を除く。）をもって、運営実績が６月に満たない事業所（新たに事業を開始した事業所又は事業を再開した事業所）の場合は、４月目以降に、前３月分の実績をもって取得可能となるということでいいのか。

（回答）　貴見のとおり。

なお、これまでと同様に、運営実績が６月に満たない場合の届出にあっては、届出を行った月以降においても、毎月所定の割合を維持しなければならず、その割合については毎月記録する必要がある。

（問64）　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イとサービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロは同時に取得することは可能か。不可である場合は、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イを取得していた事業所が、実地指導等によって、介護福祉士の割合が60％を下回っていたことが判明した場合は、全額返還となるのか。

（回答）　サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イとサービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロを同時に取得することはできない。

また、実地指導等によって、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの算定要件を満たさないことが判明した場合、都道府県知事等は、支給された加算の一部又は全部を返還させることが可能となっている。

なお、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの算定要件を満たしていないが、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロの算定要件を満たしている場合には、後者の加算を取得するための届出が可能であり、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イの返還等と併せて、後者の加算を取得するための届出を行うことが可能である。

【令和３年介報酬改定に関するＱ＆ＡＱ＆Ａ（vol. ３）（令和３年３月26日）】

（問126）「10年以上介護福祉士が30％」という最上位区分の要件について、勤続年数はどのように計算するのか。

（回答）

・　サービス提供体制強化加算における、勤続10年以上の介護福祉士の割合に係る要件については、
　－　介護福祉士の資格を有する者であって、同一法人等での勤続年数が10年以上の者の割合を要件としたものであり、
　－　介護福祉士の資格を取得してから10年以上経過していることを求めるものではないこと。
・　「同一法人等での勤続年数」の考え方について、
　－　同一法人等（※）における異なるサービスの事業所での勤続年数や異なる雇用形態、職種（直接処遇を行う職種に限る。）における勤続年数
　－　事業所の合併又は別法人による事業の承継の場合であって、当該施設・事業所の職員に変更がないなど、事業所が実質的に継続して運営していると認められる場合の勤続年数は通算することができる。
（※）同一法人のほか、法人の代表者等が同一で、採用や人事異動、研修が一体として行われる等、職員の労務管理を複数法人で一体的に行っている場合も含まれる。
・　なお、介護職員等特定処遇改善加算において、当該事業所における経験・技能のある介護職員の「勤続年数10年の考え方」とは異なることに留意すること。

（28）　介護予防通所リハビリテーションの12月を超える減算[予防リハ]

（１）　要支援１　120単位
（２）　要支援２　240単位

【算定に関する基準（厚労告127別表５注10）】

利用者に対して、別に厚生労働大臣が定める要件を満たさない場合であって、指定介護予防通所リハビリテーションの利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防通所リハビリテーションを行うときは、１月につき次に掲げる単位数を所定単位数から減算

する。

【厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等（厚労告94第82）】

次に掲げる基準のいずれにも該当すること。

イ　三月に一回以上、当該利用者に係るリハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションに関する専門的な見地から利用者の状況等に関する情報を構成員と共有し、当該リハビリテーション会議の内容を記録するとともに、当該利用者の状態の変化に応じ、介護予防通所リハビリテーション計画（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第百二十五条第二号に規定する介護予防通所リハビリテーション計画をいう。）を見直していること。

ロ　当該利用者ごとの介護予防通所リハビリテーション計画書等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、リハビリテーションの提供に当たって、当該情報その他リハビリテーションの適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。

【留意事項（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（５））】

①　指定介護予防通所リハビリテーションの利用が12月を超える場合は、指定介護予防通所リハビリテーション費から要支援１の場合120 単位、要支援２の場合240 単位減算する。ただし、厚生労働大臣が定める基準をいずれも満たす場合においては、リハビリテーションマネジメントのもと、リハビリテーションを継続していると考えられることから、減算は行わない。

②　リハビリテーション会議の開催については、指定訪問リハビリテーションと同じであることから、別途通知（※）を参照すること。

③　厚生労働省への情報の提出については、ＬＩＦＥを用いて行うこととする。ＬＩＦＥへの提出情報、提出頻度等については、「科学的介護情報システム（ＬＩＦＥ）関連加算に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」を参照されたい。（★運営の手引きp93参照）サービスの質の向上を図るため、ＬＩＦＥへの提出情報及びフィードバック情報を活用し、ＳＰＤＣＡサイクルにより、サービスの質の管理を行うこと。

　提出された情報については、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上に資するため、適宜活用されるものである。

④　なお、入院による中断があり、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとする。

※　留意事項（老企36第２の５（10））

・　リハビリテーション会議の構成員は、利用者及びその家族を基本としつつ、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員、居宅サービス計画の原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者、看護師、准看護師、介護職員、介護予防・日常生活支援総合事業のサービス担当者及び保健師等とすること。また、必要に応じて歯科医師、管理栄養士、歯科衛生士等が参加すること。

　なお、利用者の家族について、家庭内暴力等により参加が望ましくない場合や、遠方に住んでいる等のやむを得ない事情がある場合においては、必ずしもその参加を求めるものではないこと。

　また、リハビリテーション会議の開催の日程調整を行ったが、構成員がリハビリテーション会議を欠席した場合は、速やかに当該会議の内容について欠席者との情報共有を図ること。

・　リハビリテーション会議は、テレビ電話装置等（リアルタイムでの画像を介したコミュニケーションが可能な機器をいう。以下同じ。）を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族（以下この③において「利用者等」という。）が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者等の同意を得なければならない。なお、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等に対応していること

【ポイント】

【令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.３)（令和３年３月26日）】

（問121）　介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、当該事業所においてサービスを継続しているが、要介護認定の状態から要支援認定へ変更となった場合の取扱如何。

（回答）

・　法第19条第２項に規定する要支援認定の効力が生じた日が属する月をもって、利用が開始されたものとする。

・　ただし、要支援の区分が変更された場合（要支援１から要支援２への変更及び要支援２から要支援１への変更）はサービスの利用が継続されているものとみなす。

【令和３年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ(Vol.６)（令和３年４月15日）】

（問４）　介護予防訪問・通所リハビリテーション及び介護予防訪問看護からの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問について、12月以上継続した場合の減算起算の開始時点はいつとなるのか。また、12月の計算方法は如何。

（回答）

・ 当該サービスを利用開始した日が属する月となる。

・ 当該事業所のサービスを利用された月を合計したものを利用期間とする。

【令和６年度介護報酬改定に関するＱ＆Ａ（Vol.２）（令和６年３月19日）】

（問11）　令和６年度介護報酬改定において、介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用が12月を超えた際の減算（12月減算）について、減算を行わない場合の要件が新設されたが、令和６年度６月１日時点で12月減算の対象となる利用者がいる場合、いつの時点で要件を満たしていればよいのか。

（回答）　令和６年度介護報酬改定の施行に際し、移行のための措置として、12月減算を行わない場合の要件の取扱いは以下の通りとする。

・　リハビリテーション会議の実施については、令和６年４～６月の間に１回以上リハビリテーション会議を開催していれば、要件を満たすこととする。

・　厚生労働省へのLIFEを用いたデータ提出については、LIFEへの登録が令和６年８月１日以降に可能となることから、令和６年７月10日までにデータ提出のための評価を行い、遡り入力対象期間内にデータ提出を行っていれば、要件を満たすこととする。

（問12）　介護予防訪問・通所リハビリテーションの利用が12月を超えた際の減算（12月減算）を行わない場合の要件について、いつの時点で要件を満たしていれば、当初から減算を行わないことができるのか。

（回答）　リハビリテーション会議については、減算の適用が開始される月(12月を超えた日の属する月)にリハビリテーション会議を行い、継続の必要性について検討した場合に要件を満たす。

厚生労働省へのLIFEを用いたデータ提出については、減算の適用が開始される月の翌月10日までにデータを提出した場合に要件を満たす。

（29）一体的サービス提供加算［予防リハ］

480単位/月

【算定に関する基準（厚労告127別表５ト）】

別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、電子情報処理組織を使用する方法により、都道府県知事に対し、老健局長が定める様式による届出を行った指定介護予防通所リハビリテーション事業所が、利用者に対し、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に、１月につき所定単位数を加算する。ただし、ニ又はヘを算定している場合は、算定しない。

※ニ…栄養改善加算

ヘ…口腔機能向上加算

【厚生労働大臣が定める基準（厚労告95第109）】

イ　指定介護予防サービス介護給付費単位数表の介護予防通所リハビリテーション費のニの注に掲げる基準及びへの注に掲げる別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出て栄養改善サービス及

び口腔機能向上サービスを実施していること。

ロ　利用者が指定介護予防通所リハビリテーションの提供を受けた日において、当該利用者に対し、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうちいずれかのサービスを行う日を、一月につき二回以上設けていること。

【留意事項（老計発0317001・老振発0317001・老老発0317001第二６（12））】

当該加算は、基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施することにより、要支援者の心身機能の改善効果を高め、介護予防に資するサービスを効果的に提供することを目的とするものである。なお、算定に当たっては以下に留意すること。

①　栄養改善加算及び口腔機能向上加算に掲げる各サービスの取扱いに従い適切に実施していること。

②　基本サービスとしている運動器機能向上サービスに加えて、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスを一体的に実施するに当たって、各選択的サービスを担当する専門の職種が相互に連携を図り、より効果的なサービスの提供方法等について検討すること。

（30）　介護職員等処遇改善加算

１　基本的考え方

令和６年度介護報酬改定において、従来の介護職員処遇改善加算（以下「旧処遇改善加算」といいます。）、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算（以下「旧ベースアップ等加算」といい、「旧処遇改善加算」及び「介護職員等特定処遇改善加算」と合わせて「旧３加算」といいます。）を一本化し、介護職員等処遇改善加算が創設されました。

そして、令和８年度には、介護分野の職員の他職種と遜色のない処遇改善に向けて、令和９年度介護報酬改定を待たずに期中改定を実施し、令和８年６月以降、既存の介護職員等処遇改善加算の加算率の引上げや、生産性向上や協働化に取り組む事業者に対する上乗せの加算区分を設ける等、介護職員等処遇改善加算に係る報酬改定が行われました。

介護サービス事業者等は、介護職員等処遇改善加算の算定額に相当する介護職員その他の職員の賃金の改善（以下「賃金改善」といいます。）を実施する必要があります。

詳細は、令和８年３月13日付け老発0313第６号「介護職員等処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について（令和８年度分）」を御参照ください。

２　新加算の要件

【取得要件】令和８年６月以降の新加算Ⅰイ・ロ、Ⅱイ・ロ～Ⅳの算定要件（賃金改善以外の要件）

	①月額賃金改善要件	②キャリアパス要件Ⅰ	③キャリアパス要件Ⅱ	④キャリアパス要件Ⅲ	⑤キャリアパス要件Ⅳ	⑥キャリアパス要件Ⅴ	⑦職場環境等要件			⑧令和８年度特例要件
	処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善	任用要件・賃金体系の整備等	研修の実施等	昇給の仕組みの整備等	改善後の賃金要件（440万円一人以上）	介護福祉士等の配置要件	区分ごとに１以上の取組（生産性向上は２以上）	区分ごとに２以上の取組（生産性向上は３以上）	HP掲載等を通じた見える化（取組内容の具体的記載）	生産性向上や協働化に係る取組
介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	○	○	○	○	○	○	－	○	○	－
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	○	○	○	○	○	○	－	○	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	○	○	○	○	○	－	－	○	○	－
介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	○	○	○	○	○	－	－	○	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	○	○	○	○	－	－	○	－	－	－
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	○	○	○	－	－	－	○	－	－	－

令和８年４月及び５月の処遇改善加算Ⅰ～Ⅳの算定要件（賃金改善以外の要件）

	①月額賃金改善要件Ⅰ	②月額賃金改善要件Ⅱ	③キャリアパス要件Ⅰ	④キャリアパス要件Ⅱ	⑤キャリアパス要件Ⅲ	⑥キャリアパス要件Ⅳ	⑦キャリアパス要件Ⅴ	⑧職場環境等要件		
	新加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善	旧ベア加算相当の2/3以上の新規の月額賃金改善	任用要件・賃金体系の整備等	研修の実施等	昇給の仕組みの整備等	改善後の賃金要件（440万円一人以上）	介護福祉士等の配置要件	区分ごとに１以上の取組（生産性向上は２以上）	区分ごとに２以上の取組（生産性向上は３以上）	HP掲載等を通じた見える化（取組内容内容の具体的記載）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	○	(○)	○	○	○	○	○	―	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	○	(○)	○	○	○	○	―	―	○	○
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	○	(○)	○	○	○	―	―	○	―	―
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	○	(○)	○	○	―	―	―	○	―	―

注　（○）は新加算Ⅰ～Ⅳの算定前に新加算Ⅴ(2),(4),(7),(9)及び(13)を未算定だった場合に満たす必要がある要件

①　月額賃金改善要件（月給による賃金改善）

処遇改善加算Ⅳを算定する場合に見込まれる加算額の２分の１以上を基本給又は決まって毎月支払われる手当（以下「基本給等」といいます。）の改善に充てる必要があります。

なお、処遇改善加算を未算定の介護サービス事業所等が新規に処遇改善加算を算定し始める場合を除き、本要件を満たすために、賃金総額を新たに増加させる必要はありません。したがって、基本給等以外の手当又は一時金により行っている賃金改善の一部を減額し、その分を基本給等に付け替えることで、本要件を満たすこととして差し支えありません。また、既に本要件を満たしている事業所等においては、新規の取組を行う必要はありません。ただし、この要件を満たすために、新規の基本給等の引上げを行う場合、当該基本給等の引上げはベースアップ（賃金表の改訂により基本給等の水準を一律に引き上げること）により行うことを基本とします。

②　キャリアパス要件Ⅰ（任用要件・賃金体系の整備等）

次の(1)から(3)までをすべて満たす必要があります。

(1)　介護職員の任用の際における職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件（介護職員の賃金に関するものを含む。）を定めていること。

(2)　(1)に掲げる職位、職責、職務内容等に応じた賃金体系（一時金等の臨時的に支払われるものを除く。）について定めていること。

(3)　(1)及び(2)の内容について就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、すべての介護職員に周知していること。ただし、常時雇用する者の数が10人未満の事業所等など、労働法規上の就業規則の作成義務がない事業所等においては、就業規則の代わりに内規等の設備・周知により満たすこととしても差し支えない。また、令和８年度においては、処遇改善加算の申請時点において、⑧の令和８年度特例要件を満たす介護サービス事業所等に限り、処遇改善計画書において令和９年３月末までに上記一及び二の定めの整備を行うことを誓約した場合は、処遇改善加算の申請時点からキャリアパス要件Ⅰを満たしているものとして取り扱うこととする。当該誓約をした場合は、令和９年３月末までに当該定めの整備を行い、実績報告書においてその旨を報告することとする。

③　キャリアパス要件Ⅱ（研修の実施等）

次の(1)及び(2)を満たす必要があります。

(1)　介護職員の職務内容等を踏まえ、介護職員と意見を交換しながら、資質向上の目標及びａ又はｂに掲げる事項に関する具体的な計画を策定し、当該計画に係る研修の実施又は研修の機会を確保すること。

ａ　資質向上のための計画に沿って、研修機会の提供又は技術指導等（OJT、OFF-JT等）を実施するとともに、介護職員の能力評価を行うこと。

b　資格取得のための支援（研修受講のための勤務シフトの調整、休暇の付与、費用（交通費、受講料等）の援助等）を実施すること。

(2)　(1)について、すべての介護職員に周知していること。

ただし、令和８年度においては、処遇改善加算の申請時点において、⑧の令和８年度特例要件を満たす介護サービス事業所等に限り、処遇改善計画書において令和９年３月末までに上記一の計画を策定し、研修の実施又は研修機会の確保を行うことを誓約した場合は、処遇改善加算の申請時点からキャリアパス要件Ⅱを満たしているものとして取り扱うこととする。当該誓約をした場合は、令和９年３月末までに当該計画の策定等を行い、実績報告書においてその旨を報告することとする。

④　キャリアパス要件Ⅲ（昇給の仕組みの整備等）

次の(1)及び(2)を満たす必要があります。

(1)　介護職員について、経験若しくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けていること。具体的には、次のａからｃまでのいずれかに該当する仕組みであること。

a　経験に応じて昇給する仕組み

「勤務年数」や「経験年数」などに応じて昇給する仕組みであること。

b　資格等に応じて昇給する仕組み

介護福祉士等の資格の取得や実務研修等の終了状況に応じて昇給する仕組みであること。ただし、別法人等で介護福祉士資格を取得した上で当該事業者や法人で就業する者についても昇給が図られる仕組みであることを要する。

c　一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組み

「実技試験」や「人事評価」などの結果に基づき昇給する仕組みであること。ただし、客観的な評価基準や昇給条件が明文化されていることを要する。

(2)　(1)の内容について、就業規則等の明確な根拠規程を書面で整備し、すべての介護職員に周知していること。ただし、常時雇用する者の数が10人未満の事業所等など、労働法規上の就業規則の作成義務がない事業所等においては、就業規則の代わりに内規等の整備・周知により要件を満たすこととしても差し支えない。また、令和８年度においては、処遇改善加算の申請時点において、⑧の令和８年度特例要件を満たす介護サービス事業所等に限り、処遇改善計画書において令和９年３月末までに上記一の仕組みの整備を行うことを誓約した場合は、処遇改善加算の申請時点からキャリアパス要件Ⅲを満たしているものとして取り扱うこととする。当該誓約をした場合は、令和９年３月末までに当該仕組みの整備を行い、実績報告書においてその旨を報告すること。

⑤　キャリアパス要件Ⅳ（改善後の年額賃金要件）

経験・技能のある介護職員のうち１人以上は、賃金改善後の陳儀の見込額（処遇改善加算を算定し実施される賃金改善の見込額を含む。）が年額440万円以上であることが必要です。（処遇改善加算による賃金改善以前の賃金が年額440万円以上ある者を除く。）ただし、以下の場合など、例外的に当該賃金改善が困難で場合であって、合理的な説明がある場合はこの限りではありません。

・小規模事業所等で加算額全体が少額である場合

・職員全体の賃金水準が低い事業所などで、直ちに一人の賃金を引き上げることが困難な場合

また、令和８年度においては、処遇改善加算の申請時点において、⑧の令和８年度特例要件を満たす介護サービス事業所等に限り、処遇改善計画書において令和９年３月末までに上記の賃金改善を行うことを誓約した場合は、処遇改善加算の申請時点からキャリアパス要件Ⅳを満たしているものとして取り扱うこととする。当該誓約をし

た場合は、令和９年３月末までに当該賃金改善を行い、実績報告書においてその旨を報告すること。

⑥　キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置要件）

サービス類型ごとに一定以上の介護福祉士等を配置していることが必要です。具体的には、処遇改善加算を算定する事業所又は併設する本体事業所においてサービス類型ごとに次表に掲げる各加算の届出を行っていること。

キャリアパス要件Ⅴ（介護福祉士等の配置要件）を担保するものとして算定が必要な加算の種類及び加算区分

サービス区分	加算区分		
訪問介護	特定事業所加算Ⅰ	特定事業所加算Ⅱ	－
夜間対応型訪問介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
（介護予防）訪問入浴介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
地域密着型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算Ⅲイ又はロ
（介護予防）通所リハビリテーション	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
（介護予防）特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	入居継続支援加算Ⅰ又はⅡ
地域密着型特定施設入居者生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	入居継続支援加算Ⅰ又はⅡ
（介護予防）認知症対応型通所介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
（介護予防）小規模多機能型居宅介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
看護小規模多機能型居宅介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
（介護予防）認知症対応型共同生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
介護老人福祉施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡ
地域密着型介護老人福祉施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	日常生活継続支援加算Ⅰ又はⅡ
（介護予防）短期入所生活介護	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
介護老人保健施設	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
（介護予防）短期入所療養介護　（老健）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
（介護予防）　短期入所療養介護（病院等）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
介護医療院	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	－
（介護予防）短期入所療養介護（医療院）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	併設本体施設において処遇加算Ⅰの届出あり
訪問型サービス（総合事業）	併設本体事業所において処遇加算Ⅰの届出あり	特定事業所加算Ⅰ又はⅡに準じる市町村独自の加算	－
通所型サービス（総合事業）	サービス提供体制強化加算Ⅰ	サービス提供体制強化加算Ⅱ	サービス提供体制強化加算Ⅰ又はⅡに準じる市町村独自の加算

注１　地域密着型通所介護のサービス提供体制強化加算Ⅲイ又はロは療養通所介護費を算定する場合のみ
注２　訪問型サービス（総合事業）は、対象事業所に併設する指定訪問介護事業所において特定事業所加算Ⅰ若しくはⅡを算定していること又は対象事業所において特定事業所加算Ⅰ若しくはⅡに準じる市町村独自の加算を算定していることを要件とする。

⑦　職場環境等要件

○令和８年度以降

・介護職員等処遇改善加算 Ⅲ・Ⅳ

以下の区分ごとにそれぞれ１つ以上（生産性向上は２つ以上）取り組んでいる

・介護職員等処遇改善加算Ⅰイ・ロ、Ⅱイ・ロ

以下の区分ごとにそれぞれ２つ以上（生産性向上は３つ以上うち⑰又は⑱は必須）取り組んでいる。

情報公表システム等で職場環境等要件の項目ごとの具体的な取組内容の公表を求める。

ただし、令和８年度においては、処遇改善加算の申請時点において、⑧の令和８年度特例要件を満たす介護サービス事業所等に限り、処遇改善計画書において令和９年３月末までに職場環境等要件に係る取組を行うことを誓約した場合は、処遇改善加算の申請時点から職場環境等要件を満たしているものとして取り扱うこととする。当該誓約をした場合は、令和９年３月末までに当該取組を行い、実績報告書においてその旨を報告すること。

表４　職場環境等要件

区分	内容
入職促進に向けた取組	①法人や事業所の経営理念やケア方針・人材育成方針、その実現のための施策・仕組みなどの明確化
	②事業者の共同による採用・人事ローテーション・研修のための制度構築
	③他産業からの転職者、主婦層、中高年齢者等、経験者・有資格者等にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築（採用の実績でも可）
	④職業体験の受入れや地域行事への参加や主催等による職業魅力度向上の取組の実施
資質の向上やキャリアアップに向けた支援	⑤働きながら介護福祉士取得を目指す者に対する実務者研修受講支援や、より専門性の高い介護技術を取得しようとする者に対するユニットリーダー研修、ファーストステップ研修、喀痰吸引、認知症ケア、サービス提供責任者研修、中堅職員に対するマネジメント研修の受講支援等
	⑥研修の受講やキャリア段位制度と人事考課との連動
	⑦エルダー・メンター（仕事やメンタル面のサポート等をする担当者）制度等導入
	⑧上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ・働き方等に関する定期的な相談の機会の確保
両立支援・多様な働き方の推進	⑨子育てや家族等の介護等と仕事の両立を目指す者のための休業制度等の充実、事業所内託児施設の整備
	⑩職員の事情等の状況に応じた勤務シフトや短時間正規職員制度の導入、職員の希望に即した非正規職員から正規職員への転換の制度等の整備
	⑪有給休暇を取得しやすい雰囲気・意識作りのため、具体的な取得目標（例えば、１週間以上の休暇を年に●回取得、付与日数のうち●%以上を取得）を定めた上で、取得状況を定期的に確認し、身近な上司等からの積極的な声かけを行っている
	⑫有給休暇の取得促進のため、情報共有や複数担当制等により、業務の属人化の解消、業務配分の偏りの解消を行っている
腰痛を含む心身の健康管理	⑬業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実
	⑭短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックや、従業員のための休憩室の設置等健康管理対策の実施
	⑮介護職員の身体の負担軽減のための介護技術の修得支援、職員に対する腰痛対策の研修、管理者に対する雇用管理改善の研修等の実施
	⑯事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備
生産性向上（業務改善及び働く環境改善）のための取組	⑰厚生労働省が示している「生産性向上ガイドライン」に基づき、業務改善活動の体制構築（委員会やプロジェクトチームの立ち上げ、外部の研修会の活用等）を行っている
	⑱現場の課題の見える化（課題の抽出、課題の構造化、業務時間調査の実施等）を実施している
	⑲５S活動（業務管理の手法の１つ。整理・整頓・清掃・清潔・躾の頭文字をとったもの）等の実践による職場環境の整備を行っている
	⑳業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減を行っている
	㉑介護ソフト（記録、情報共有、請求業務転記が不要なもの。）、情報端末（タブレット端末、スマートフォン端末等）の導入
	㉒介護ロボット（見守り支援、移乗支援、移動支援、排泄支援、入浴支援、介護業務支援等）又はインカム等の職員間の連絡調整の迅速化に資するICT機器（ビジネスチャットツール含む）の導入
	㉓業務内容の明確化と役割分担を行い、介護職員がケアに集中できる環境を整備。特に、間接業務（食事等の準備や片付け、清掃、ベッドメイク、ゴミ捨て等）がある場合は、いわゆる介護助手等の活用や外注等で担うなど、役割の見直しやシフトの組み換え等を行う。
	㉔各種委員会の共同設置、各種指針・計画の共同策定、物品の共同購入等の事務処理部門の集約、共同で行うICTインフラの整備、人事管理システムや福利厚生システム等の共通化等、協働化を通じた職場環境の改善に向けた取組の実施
やりがい・働きがいの醸成	㉕ミーティング等による職場内コミュニケーションの円滑化による個々の介護職員の気づきを踏まえた勤務環境やケア内容の改善
	㉖地域包括ケアの一員としてのモチベーション向上に資する、地域の児童・生徒や住民との交流の実施
	㉗利用者本位のケア方針など介護保険や法人の理念等を定期的に学ぶ機会の提供
	㉘ケアの好事例や、利用者やその家族からの謝意等の情報を共有する機会の提供

⑧　令和8年度特例要件

次のいずれかを満たす必要があります。

・ケアプランデータ連携システム（厚生労働省がケアプランデータ連携システムと同等の機能とセキュリティを有するシステムとして認めたものを含む。以下同じ。）を利用していること。（別紙１表１－２及び表１―３に掲げる介護サービス事業所等に限る。）

ただし、処遇改善加算の申請時点において、ケアプランデータ連携システムを利用していない場合であっても、ケアプランデータ連携システムへ加入し、利用することを誓約した場合は、処遇改善加算の申請時点から本要件を満たしているものとして取り扱うこととする。なお、当該誓約をした場合は、令和９年３月末までに、ケアプランデータ連携システムを利用した上で、実績報告書においてケアプランデータ連携システムの利用実績について報告することとする。

・介護サービス事業所等が所属する法人が、社会福祉法（昭和26 年法律第45 号）第128 条第１号イに規定する社会福祉連携推進法人（以下単に「社会福祉連携推進法人」という。）に所属していること。

【国Ｑ＆Ａ】

○介護職員等処遇改善加算の国Q&Aについては、下記のファイルを御参照ください。

厚生労働省「令和８年度報酬改定について」

(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00073.html)

＞介護職員等処遇改善加算等に関するＱ＆Ａ

＞PDF「令和８年度介護職員等処遇改善加算等に関するＱ＆Ａ（第１版）」

※PDFファイルは、随時改版されています。

（31）　記録の整備について

【留意事項（老企 36 第二８（33））】

① 医師は、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士に対して行った指示内容の要点を診療録に記入する。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士は、通所リハビリテーション計画書に基づき提供した具体的なサービスの内容等及び指導に要した時間を記録にとどめておく。なお、当該記載については、医療保険の診療録に記載することとしてもよいが、下線又は枠で囲う等により、他の記載と区別できるようにすることとする。

② リハビリテーションに関する記録（実施時間、訓練内容、担当者、加算の算定に当たって根拠となった書類等）は利用者ごとに保管され、常に当該事業所のリハビリテーション従事者により閲覧が可能であるようにすること。

４　医療保険との調整

○　平成18年４月28日老老発0428001・保医発0428001「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関する事項等について」（令和６年３月27日最終更新）

○　平成18年12月25日老老発1225003・保医発1225001「医療保険及び介護保険におけるリハビリテーションの見直し及び連携の強化について」（平成27年３月31日最終更新）

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課他発出「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和６年３月 15 日改正）

通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護（以下「通所介護等」という。）については、「令和３年度介護報酬に関する審議報告」（令和２年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会）を踏まえ、感染症や災害の発生を理由として利用者数が減少した場合に、状況に即した安定的なサービス提供を可能とする観点から、臨時的な利用者数の減少による利用者一人あたりの経費の増加に対応するための加算や、事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例を設けることによる評価を行うことにしました。

今般、当該加算や特例による評価の詳細について、別紙のとおりお示ししますので、管内市町村、サービス事業所等への周知をお願いします。また、今回の取扱いについて分かりやすくお伝えする観点や事務手続きの簡素化を図る観点から、参考資料（感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価）及び届出様式（例）を作成しましたので、あわせてご確認ください。

別紙

通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例による評価

Ⅰ　適用できる加算や特例の概要

○　通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合における、提供するサービス別（通所介護・通所リハビリテーションの場合は、事業所規模別の報酬区分別）の評価方法は以下のとおりである。なお、以下（１）（２）における事業所規模別の報酬区分は、利用延人員数の減が生じた月（以下「減少月」という。）の区分によるものとする。

○　基本報酬への３％加算（以下「３％加算」という。）や事業所規模別の報酬区分の決定に係る特例（以下「規模区分の特例」という。）の対象となる感染症又は災害については、これが発生した場合、対象となる旨を厚生労働省から事務連絡によりお知らせする。

（１）　通所介護（通常規模型）、通所リハビリテーション（通常規模型）、地域密着型通所介護（療養通所介護を除く。以下同じ。）、（介護予防）認知症対応型通所介護

・　３％加算の算定を行う。

（２　通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型）

・　３％加算の算定又は規模区分の特例の適用いずれかを行う。

・　当該加算の算定要件及び当該特例の適用要件のいずれにも該当する事業所においては、規模区分の特例を適用することとする。

Ⅱ　３％加算の算定要件・規模区分の特例の適用要件及び当該加算・特例の詳細

（１）３％加算

・　減少月の利用延人員数が、当該減少月の前年度の１月当たりの平均利用延人員数（以下「算定基礎」という。）から100　分の５（以下「５％」と表記する。）以上減少している場合に、当該減少月の翌々月から３月以内に限り、基本報酬（※）の　100分の３（以下「３％」と表記する。）に相当する単位数を加算する。

（※）「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年２月10日厚生省告示第19号）の別表指定居宅サービス介護給付費単位数表の６のイ通常規模型通所介護費・ロ大規模型通所介護費（Ⅰ）・ハ大規模型通所介護費（Ⅱ）、７のイ通常規模型リハビリテーション費・ロ大規模型通所リハビリテーション費、「指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年３月14日厚生労働省告示第126　号）の別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の２の２のイ地域密着型通所介護費、３のイ認知症対応型通所介護費（Ⅰ）・ロ認知症対応型通所介護費（Ⅱ）、「指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成18年３月14日厚生労働省告示第128　号）の別表指定地域密着型介護予防サービス介護給付費単位数表の１のイ介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅰ）・ロ介護予防認知症対応型通所介護費（Ⅱ）のいずれかによる単位数をいう。

・　利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要することその他の特別の事情があると都道府県又は市町村（以下、「都道府県等」という。）が認める場合には、当該加算の算定期間が終了した月の翌月から３月以内に限って延長が可能である。

・　３％加算の延長を申請する場合でも、加算適用の申請を行った際の算定基礎により判定を行うこととする。

・　加算算定の期間内又は加算延長の期間内に、月の利用延人員数が算定基礎から５％以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。

・　なお、本加算は、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目である。

（２）規模区分の特例

・ 減少月の利用延人員数がより小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となった場合には、当該減少月の翌々月から当該より小さい事業所規模別の報酬区分を適用する。

・ 具体的には、通所介護（大規模型Ⅱ）については、減少月の利用延人員数が750　人超900　人以下となった場合は、通所介護（大規模型Ⅰ）を、750　人以下となった場合は通所介護（通常規模型）を算定することとする。また、通所介護（大規模型Ⅰ）及び通所リハビリテーション（大規模型）については、減少月の利用延人員数が750　人以下となった場合は、それぞれ通所介護（通常規模型）及び通所リハビリテーション（通常規模型）を算定することとする。

・ 当該特例の適用期間内に、月の利用延人員数が、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数を超え、かつ、当該特例適用前の事業所規模別の報酬区分の利用延人員数まで戻った場合は、当該月の翌月をもって当該特例の適用は終了とする。

（３）各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数の算定方法

・　各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数は、通所介護、地域密着型通所介護及び（介護予防）認知症対応型通所介護については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成12年３月１日老企第36号）（以下「留意事項通知」という。）第２の７（６）及び（７）を、通所リハビリ

テーションについては留意事項通知第２の８（２）及び（10）を準用し算定する。なお、前年度の実績が６月に満たない事業者（新たに事業を開始し、又は再開した事業者を含む。）の取扱いも留意事項通知によるものとする。

（４）３％加算を適用するにあたっての端数処理

・　各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数は、（３）に基づいて計算した値の小数第３位を四捨五入することとする。

・　各月の利用延人員数が５％以上減少しているかを判定するにあたっての端数処理は、百分率で表した後に小数第３位を四捨五入することとする。

・　３％加算の単位数算定にあたっての端数処理は、留意事項通知第２の１通則を準用し、小数点以下四捨五入とする。

Ⅲ 加算の算定及び特例の適用にあたっての届出

（１）３％加算

①　通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所及び地域密着型通所介護事業所、（介護予防）認知症対応型通所介護事業所において、Ⅱ（１）に基づき、月の利用延人員数が減少しているか判定する。（なお、通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型）について、Ⅱ（１）及び（２）に基づいて判定した結果、３％加算及び規模区分の特例のいずれにも該当する場合は、Ⅰ（２）に基づき、規模区分の特例の適用を申請する。）

②　①の結果、当該月の利用延人員数が５％以上減少している場合（通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型）の場合は、当該月の利用延人員数が５％以上減少している場合であって、規模区分の特例の適用要件に該当しない場合）は、当該減少月の翌月15日（※）までに、都道府県等に加算算定の届出を行い、届出の翌月（加算適用開始月）から３月間加算を算定することが可能である。（ただし③により、月の利用延人員数が算定基礎から５％以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。）

③ 当該加算算定の届出を行った事業所は、加算算定の届出を行った月から算定終了月まで、毎月利用延人員数を算出する。各月の利用延人員数を算定基礎と比較し、５％以上減少していなかった場合は、その旨を速やかに都道府県等に届け出ることとする。（届出を怠った場合は、当該加算に係る報酬について返還となる場合があり得るため、留意されたい。なお、５％以上減少していた場合は、届出を行う必要はないが、監査時等自治体からの求めに応じて提示できるよう、各月の利用延人員数を記録しておくこと。）

④ 加算算定終了の前月においてもなお、算定基礎と比較して月の利用延人員数が５％以上減少している場合には、当該月の翌月15日までに、利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要すること等の加算算定の延長を希望する理由を添えて、都道府県等に加算算定の延長の届出を行い、当該延長の届出の翌月から３月間加算算定の延長を行うことが可能である。（ただし⑤により、月の利用延人員数が算定基礎から５％以上減少していなかった場合は、当該月の翌月をもって算定終了とする。）

⑤ 加算算定の延長の届出を行った事業所は、加算算定延長の届出を行った月及びその翌月について、各月の利用延人員数を算出する。各月の利用延人員数を算定基礎と比較し、５％以上減少していなかった場合は、その旨を速やかに都道府県等に届け出ることとする。（届出を怠った場合は、加算延長に係る報酬について返還となる場合があり得るため、留意されたい。なお、５％以上減少していた場合は、届出を行う必要はないが、監査時等自治体からの求めに応じて提示できるよう、各月の利用延人員数を記録しておくこと。）

（２）規模区分の特例

①　通所介護（大規模型Ⅰ、大規模型Ⅱ）、通所リハビリテーション（大規模型）において、Ⅱ（２）に基づき、月の利用延人員数が減少し、より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となっているか判定する。

②　より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数と同等となっている場合は、当該減少月の翌月15日までに、都道府県等に特例適用の届出を行い、届出の翌月（特例適用開始月）から、当該より小さい事業所規模別の報酬区分で基本報酬を算定することが可能である。（③により、月の利用延人員数が、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数を超えた場合は、その翌月をもって適用終了とする。）

③　特例適用の届出を行った事業所は、特例適用の届出を行った月から適用終了月まで、毎月利用延人員数を算出する。各月の利用延人員数が当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数を超えた場合は、

その旨を速やかに都道府県等に届け出ることとする。（届出を怠った場合は、当該特例に係る報酬について返還となる場合があり得るため、留意されたい。なお、当該より小さい事業所規模別の報酬区分の利用延人員数を超えない場合は、届出を行う必要はないが、監査時等自治体からの求めに応じて提示できるよう、各月の利用延人員数を記録しておくこと。）

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課他発出「通所介護等における所要時間の取扱いについて」（令和６年１月 12 日）

事　務　連　絡
令和６年１月 12 日

都道府県
各　指定都市 介護保険担当主管部（局）御中
中 核 市

厚生労働省老健局 認知症施策・地域介護推進課
老　人　保　健　課

通所介護費等における所要時間の取扱いについて

介護保険制度の円滑な運営につきまして、平素よりご理解とご尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

通所介護費等における所要時間の取扱いについては、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 19 号）等において、現に要した時間ではなく、計画に位置付けられた内容の通所介護等を行うための標準的な時間で、それぞれの所定単位数を算定することとしています。

その上で、当該告示等の留意事項通知において、当日の利用者の心身の状況により、実際の通所介護等の提供が、やむを得ず短くなった場合には、計画上の単位数を算定して差し支えないことをお示ししているところです。この点について、やむを得ない事情の中でもサービス提供を継続していただく観点から、当日の利用者の心身の状況に限らず、降雪等の急な気象状況の悪化等により、やむを得ず、利用者宅と事業所間の送迎に平時よりも時間を要し、サービス提供時間内に影響が生じた場合においても、計画上の単位数を算定して差し支えありません。

つきましては、管内市町村及びサービス事業所等にご周知頂きますよう、よろしくお願いいたします。

なお、計画上の所要時間よりも大きく短縮した場合には、計画を変更の上、変更後の所要時間に応じた単位数を算定することとされていることは従前のとおりです。

（参考）

- 指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 12 年３月１日老企第 36 号厚生省老人保健福祉局企画課長通知）（抄）
- 指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準及び指定地域密着型介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年３月 31 日老計発 0331005・老振発 0331005・老老発 0331018、厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知）（抄）

個人情報保護について

平成17年４月から、個人情報保護法が施行され、介護保険事業者も個人情報保護法に沿って事業運営をしていかなければなりません。

具体的な取扱いのガイドラインは、厚生労働省が出しています。

※　個人情報保護
⇒個人情報保護委員会のホームページ
https://www.ppc.go.jp
※「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」
厚生労働省のホームページ
⇒http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

ポイント	具体的な内容等
①　利用目的の特定	・個人情報を取り扱うに当たり、利用目的を特定する。 ・特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えてはいけない。
②　適正な取得、利用目的の通知	・偽りその他の不正の手段により個人情報を取得してはならない。 ・あらかじめ利用目的を公表しておくか、個人情報取得後、速やかに利用目的を本人に通知又は公表する。 →公表方法（例：事業所内の掲示、インターネット掲載） 通知方法（例：契約の際に文書を交付するなど）
③　正確性の確保	・個人データを正確かつ最新の内容に保つ。
④　安全管理・従業員等の監督	・個人データの漏えい等の防止のための安全管理措置 →個人情報保護に関する規程の整備、情報システムの安全管理に関する規程の整備、事故発生時の報告連絡体制の整備、入退館管理の実施、機器の固定、個人データへのアクセス管理 ・従業者に対する適切な監督 ・個人データ取扱いを委託する場合は、委託先に対する監督
⑤　第三者への提供の制限	・あらかじめ本人の同意を得ないで、他の事業者など第三者に個別データを提供してはならない。
⑥　本人からの請求への対応	・本人から保有個人データの開示を求められたときには、当該データを開示しなくてはならない。 ・本人から保有個人データの訂正等を求められた場合に、それらの求めが適正であると認められるときには、訂正等を行わなくてはならない。
⑦　苦情の処理	・苦情などの申出があった場合の適切かつ迅速な処理 ・苦情受付窓口の設置、苦情処理体制の策定等の体制整備

※　上記の厚生労働省ガイダンスに詳細が記載されていますので、ご確認ください。

災害時情報共有システムについて

「災害時情報共有システム」とは、災害時における介護施設・事業所の被害状況を国・自治体が迅速に把握・共有し、被災した介護施設等への迅速かつ適切な支援につなげるために「介護サービス情報公表システム」に追加された災害時情報共有機能を指します。

平時に実施いただきたいことや入力の流れ等は以下のとおりです。

※　本県所管域の介護保険法指定事業所は、現在、「介護情報サービス公表システムに登録されている事業所」のみ災害時情報共有システムが利用可能です。「新規指定以降に、介護サービス情報公表システムのID及びパスワードがまだ通知されていない事業所」及び「介護報酬収入年額100万円以下の事業所」は災害時情報共有システムは利用できませんので、これらに該当する事業所におかれては、（４）「災害時情報共有システムに入力できない場合」のみ確認してください。

（１）平時の取り組み

ア　登録したメールアドレスの管理

災害が発生した際又は災害の発生が予想される際に、事業所宛てに被災状況の報告を依頼します。介護保険法指定事業所への依頼は、「介護情報サービスかながわのメール配信機能」により行いますので、確実に受信できるよう、適切にメールアドレスを管理してください。

また、担当者不在時等でも事業所として対応が必要なため、登録したメールアドレスから別のアドレスに転送設定を行う等、複数のメールアドレスで受信できるように、事業所において設定をお願いします。

登録するメールアドレスは、可能な限り個人ではなく事業所で共有されているアドレスとしてください。個人アドレスを登録され、当該個人の異動又は退職等によりメールが事業所として受信されていないという事例も少なくないことから、アドレスの登録状況を随時確認するとともに、必要な登録変更は確実に実施してください。

なお、報告依頼にかかわらず、平時においても、国・県からの通知や様々なお知らせ等を同様の方法により連絡していますので、メールアドレスの適切な管理について重ねてお願いします。

【メール配信機能への登録及び変更方法】

「介護情報サービスかながわ」の次のページを御確認ください。

https://kaigo.rakuraku.or.jp/login/forgot.html

イ　災害時情報共有システム登録情報の確認・変更

パソコン等の通信端末（以下「パソコン等」といいます。）から、次により災害時情報共有システムにアクセスの上で、ID・パスワードを用いてログインし、ログイン後の画面に表示されている「被災報告の担当者の連絡先」及び「緊急時の担当者の連絡先」の内容を確認の上、必要に応じて修正してください。

【ログイン方法について】

① 災害時情報共有システムURL

https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/houkoku/14/

※ アクセス後、システム名が「介護サービス情報報告システム」と表示されますが誤りではありません。

② ID・パスワード

サービス種別に応じて、以下のとおり割当てられています。

なお、ログイン画面で「サービス名」を選択する必要がありますが、特定施設入居者生活介護については、「サービス付き高齢者向け住宅・養護老人ホーム・有料老人ホーム・軽費老人ホーム」から選択してください。

	サービス種別	割り当て方法
1	特定施設入居者生活介護	高齢福祉課で割当て後、電子メールでお知らせしています。
2	１以外のサービス	介護サービス情報公表システムのID・パスワード

※ ID・パスワードは、業務継続計画に位置付ける等、災害時に速やかに把握できるよう、適切に管理してください。

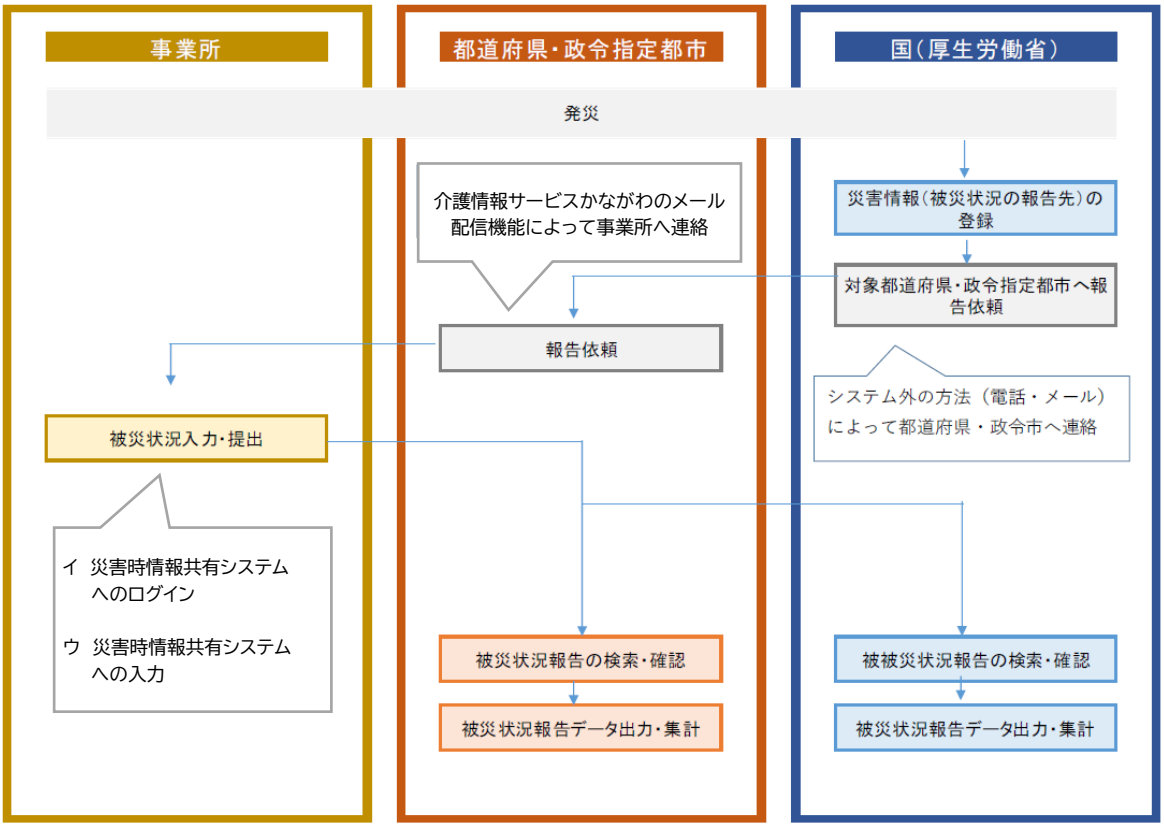
③ ID・パスワードが分からない場合

事業所の種別に応じて、以下のとおり御対応ください。

	サービス種別	確認方法
1	特定施設入居者生活介護	高齢福祉課所管グループまでお問合せください。
2	１以外のサービス	IDは、介護保険事業所番号です。 パスワードは、ログイン画面にある「パスワードを忘れた方はこちら」からパスワードリセットを行ってください。（パスワードリセットが行えない場合は、本課所管グループまでお問合せください。）

（２）入力の流れ

本課から報告の依頼があった場合は、被害の有無に関わらず、次のとおり災害時情報共有システムを利用して被災状況を報告してください。（次のフロー図のとおり。）なお、入力に当たっては、「災害時情報共有システム操作マニュアル（神奈川県作成・簡易版）」等を参考にしてください。



【参考】災害時情報共有システム（災害発生時のフロー）

ア　報告依頼

介護情報サービスかながわのメール配信機能により、各事業所宛てに被災状況の報告を依頼します。

イ　災害時情報共有システムへのログイン

入力依頼を受信したら、（１）イに記載したとおり、パソコン等から災害時情報共有システムにログインしてください。

ウ　災害時情報共有システムへの入力

高齢福祉課から報告依頼の連絡があった場合は、緊急やむを得ない場合を除き、被害の有無にかかわらず、被災状況をシステムに入力してください。（報告後も報告内容の更新が可能です。速やかに第一報をお願いします。）

複数の事業所を併設している場合は、サービスの種別ごとに被災状況を入力してください。なお、緊急やむを得ず１つのサービス種別しか登録できない場合は、以下のサービス種別の事業所（施設系・居住系）を優先してください。

＜入力を優先するサービス種別＞

- 養護老人ホーム
- 軽費老人ホーム
- 介護老人保健施設
- 小規模多機能型居宅介護
- 有料老人ホーム
- 短期入所生活介護
- 特別養護老人ホーム
- 認知症対応型共同生活介護
- 介護医療院
- 看護小規模多機能型居宅介護
- サ高住
- 短期入所療養介護

（３）追加報告

災害時情報共有システムに被害無しの報告を行った後、新たに被害を把握した場合等、報告内容に更新がある場合は追加報告を行ってください。

入力画面にアクセスすると、前回の入力内容が残っていますので、状況が変わった項目を変更し、報告してください。

（４）災害時情報共有システムに入力できない場合

新規指定以降に介護サービス情報公表システムのID及びパスワードが通知されていない事業所、及び介護報酬収入年額100万円以下の事業所のほか、停電に起因する通信障害等により災害時情報共有システムへの入力が行えない場合には、事業所が所在する市町村に電話等により報告してください。

※　被害が発生していない場合は報告不要です。

（５）資料掲載場所

入力マニュアル等の資料は、以下の場所に掲載されています。

＜掲載場所＞

介護情報サービスかながわ

→　書式ライブラリー

→　１１．安全衛生管理・事故関連・防災対策

→　災害時情報共有システム関係

https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-library/lower-3-3.html?topid=22&id=90920

Point

○「介護サービスかながわ」のメール配信機能に正しいメールアドレスを登録しましょう。

○ ID・パスワードは、業務継続計画に位置付ける等、災害時に速やかに把握できるよう、適切に管理しましょう。

○ 報告依頼が届いたら、被害の有無に関わらず、速やかに被災状況を報告しましょう。（入力できない場合を除きます。）

○ 複数の事業所を併設している場合はすべてのサービスで報告しましょう。

※ 緊急やむを得ない場合は、入所系施設を優先してください。

○ 報告した後に新たに被害を把握した場合等、報告内容に更新がある場合は追加報告を行いましょう。

○ 災害時情報共有システムへの入力が行えない場合には、事業所が所在する市町村に電話等により報告しましょう。

※ 被害が発生していない場合は報告不要です。

ＬＩＦＥの運営主体の移管に伴い事業所・施設で必要となる対応について

令和８年４月から介護情報基盤の稼働が開始したことに伴い、ＬＩＦＥについては、令和８年５月11日から公益社団法人国民健康保険中央会において運用されることとなりました。

現在、厚生労働省が運用しているLIFE（以下「厚労省運用LIFE」という。）を利用している事業所・施設は、LIFE 関連加算を継続して算定するためには、令和８年５月11 日から令和８年７月31 日までの期間（以下「移行期間」という。）に、公益社団法人国民健康保険中央会が運用するLIFE（以下「国保中央会運用LIFE」という。）への移行作業が必要です。

また、令和８年４月22日19:00以降の新規利用申請は、令和８年５月11日から国保中央会運用LIFE において受け付けます。

詳細については、厚生労働省老健局老人保険課ほかによる令和８年４月21日付け事務連絡「LIFEの厚生労働省から公益社団法人国民健康保険中央会への移管に伴い事業所・ 施設で必要な対応について」をご確認ください。

→ 参考 厚生労働省
科学的介護情報システム（LIFE）について
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000198094_00037.html

●国Ｑ＆Ａ

【LIFE の厚生労働省から公益社団法人国民保険中央会への移管に伴い事業所・施設で必要な対応について（令和８年４月21 日）別添 LIFE の移管に係るLIFE への様式情報の提出が必要な加算に関するＱ＆Ａ】

(問１)
加算の算定に当たって、厚生労働省への情報の提供が求められているが、国保中央会運用LIFE への移行後は、厚生労働省への様式情報の提出はできなくなる。情報の提出先は、公益社団法人国民健康保険中央会とし、国保中央会運用LIFE に情報を提出することとして差し支えないか。

(答)
貴見のとおり。

(問２)
厚労省運用LIFE から国保中央会運用LIFE への移行に伴い、LIFE へ提出する様式情報の変更はあるか。

(答)
提出する様式情報の変更はない。

(問３)
LIFE への情報提出頻度については、サービスの利用を開始した日の属する月から少なくとも３月ごととなっているが、厚労省運用LIFE から国保中央会運用LIFE への移行に伴い、様式情報の提出頻度の考え方は如何。

(答)
情報提出頻度の少なくとも３月ごとの考え方については、移行前、厚労省運用LIFE に最後に提出した月から起算して差し支えない。ただし、ADL 維持等加算の取扱については問６～問９を参考にされたい。（★運営の手引きP85～87参照）

(問４)
厚労省運用LIFE から国保中央会運用LIFE への移行に伴い、厚労省運用LIFE へ既に提出している様式情報は、再度国保中央会運用LIFE へ提出が必要か。

(答)
厚労省運用LIFE へ既に提出している様式情報については、国保中央会運用LIFEへ再度提出する必要はない。
ただし、移行作業を実施した日の属する月のサービス提供分については、移行後国保中央会運用LIFE への様式情報の提出が必要である（※）。
※例えば、令和８年５月サービス提供分に係る様式情報の提出を厚労省運用LIFE にて一部の利用者で実施し、国保中央会運用LIFE へ移行作業を実施した場合は、国保中央会運用LIFE へ令和８年５月サービス分の情報について

令和８年６月10 日までに利用者全員の様式情報の提出が必要となる。

（問５）

現在厚労省運用LIFE を利用しているが、令和８年５月11 日以降に国保中央会運用LIFE を利用する際、改めて国保中央会運用LIFE への新規利用申請を行う必要はあるか。

（答）

現在、厚労省運用LIFE を利用している事業所・施設については、国保中央会運用LIFE への移行作業を完了すれば利用することができるため、国保中央会運用LIFE への新規利用申請の必要はない。

（参考様式1）　**従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表**

令和 8 （ 2026 ） 年 8 月

サービス種別（ 通所リハビリテーション ）

事業所名（ ○○○○ ）

【記載例】

(1) 4週
(2) 予定

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数　40 時間/週　160 時間/月

当月の日数　30 日

(4) 事業所全体のサービス提供単位数　1 単位

1 単位目

(5) 当該サービス提供単位のサービス提供時間　9:30 ～ 16:30 （計 7 時間）

No	(6) 職種	(7) 勤務形態	(8) 資格	(9) 氏　名		(10) 1週目							2週目							3週目							4週目							5週目			(11) 1～4週目の勤務時間数合計	(12) 週平均勤務時間数	(13) 兼務状況（兼務先及び兼務する職務の内容）等
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28						
						月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日						
1	医師	A	医師	厚労　太郎	シフト記号	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a					
					勤務時間数	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8			160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7			140	35	
2	理学療法士	A	理学療法士	○○　A太	シフト記号	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a					
					勤務時間数	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8			160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7			140	35	
3	看護職員	A	看護師	○○　B子	シフト記号	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a					
					勤務時間数	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8			160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7			140	35	
4	介護職員	A	―	○○　C男	シフト記号	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a	a	a			a	a	a					
					勤務時間数	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8			160	40	
					サービス提供時間内の勤務時間数	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7			140	35	
5					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
6					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
7					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
8					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
9					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
10					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
11					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
12					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
13					シフト記号																																	
					勤務時間数																															0	0	
					サービス提供時間内の勤務時間数																															0	0	
(14) サービス提供時間内の勤務延時間数					理学療法士	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7			140	35	
					作業療法士																																	
					言語聴覚士																																	
					看護職員	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7			140	35	
					介護職員	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7			140	35	
					経験を有する看護師																																	
					他のリハビリテーション提供者																																	
(15) 利用者数						20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20					

（参考）「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の必要項目一覧

		訪問介護	訪問入浴（予防）	訪問看護（予防）	訪問リハ（予防）	居宅療養（予防）	通所介護	通所リハ（予防）	短期生活（予防）	短期療養（予防）	特定施設（予防）	用具貸与（予防）	用具販売（予防）	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養医療施設	介護医療院
サービス共通	サービス種別	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	事業所名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	職種	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	勤務形態（常勤・非常勤／専従・兼務）	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	資格・修了研修	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	氏名	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	日々の勤務時間（勤務時間帯）／従業者（※１）ごと	●（※４）	●（※４）	●（※４）	●（※４）	●	●	●	●	●	●	●（※４）	●（※４）	●	●	●	●
	当月の勤務時間数合計／従業者（※１）ごと	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	兼務状況（兼務内容、兼務先）	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	常勤の従業者が勤務すべき時間数	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	利用者（入所者・入院患者）の数	●	-	-	-	-	●	●	●	●	●	-	-	●	●	●	●
通所サービス	サービス提供の単位	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	サービス提供時間帯	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	サービス提供時間内の勤務時間数／従業者（※１）ごと	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	サービス提供時間内の勤務延時間数（※２）	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	サービス提供時間数（平均提供時間数）（※３）	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	-	-	-	-	-	-
居住・施設サービス	ユニット（ユニット型の場合）	-	-	-	-	-	-	-	●	●	-	-	-	●	●	●	●
	宿直	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	夜勤時間帯（夜間・深夜時間帯）／宿直時間帯	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

（※1）従業者：ここでは人員に関する基準で規定されている職種の従業者を指します。

（※2）サービス提供時間内の勤務延時間数：サービス提供時間内に勤務する時間数の合計をいいます。

（※3）平均提供時間数：利用者ごとの提供時間数の合計を利用者数で除して得た数

（※4）「勤務時間帯」の代わりに「勤務時間数」でも可

【留意事項】

・上表は人員配置基準を確認するために、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」として必要な項目をサービス種別ごとにまとめたものです。人員配置基準の詳細は各サービスの指定基準を確認してください。

・人員配置基準の確認に必要な項目であっても、他の資料（申請書・付表、運営規程等）で確認可能なものは「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」の必要項目とはしていません。（例：事業所の営業日、営業時間、定員など）

・上表に記載された項目であっても、他の提出資料によって確認が可能な場合は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」上に記載がなくとも差し支えありません。

・加算を適用する場合や、見守り機器等を導入した場合の夜間における人員配置基準の緩和を適用する場合などにおいては、上表に記載の項目以外の情報も必要となるので、指定基準・告示等を確認してください。

やむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出書添付書類

１．基本情報

事業所名			
事業所住所	〒		
介護保険事業所番号			
連絡先	電話番号		
	E-mail		
記載者名			

２．人員基準欠如の状況

欠員となった職員 （該当するすべての職種に「✔」を選択すること。）		介護職員		看護職員		医師
		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士
		介護支援専門員		薬剤師		
人員欠如の発生月		年		月		
上記を満たさなくなったやむを得ない事情の概要						
これまでのやむを得ない事情における人員欠如に関する特例的な取扱いに係る届出状況						
	今回の届出より以前に届出を行ったことがある					
	該当する場合、人員欠如が発生した最初の月 （複数回該当する場合は直近の届出について記載）		年		月	

３．職員確保の取組

職員の確保に係る取組の状況 （該当するすべてに「✔」を選択すること。）		職業安定法（昭和22年法律第141号）第８条に定める公共職業安定所の活用
		職業安定法（昭和22年法律第141号）第33条に定める都道府県ナースセンター、福祉人材センター等の無料職業紹介事業の活用
民間職業紹介事業者の利用状況		
民間職業紹介事業者の利用		
医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者認定制度による適正認定事業者の利用		
一部の職員の過度な業務負担とならないよう、職員の適正な労働時間管理を行い、体制の整備を図っている。		

（注）指定等権者への報告の際は、本様式に加え、報告する時点で有効な求人票の写しを添付すること。